Г. А. Ботезату

СУДЕБНО-МЕДИЦИНСКАЯ ЭКСПЕРТИЗА ПОВРЕЖДЕНИЙ ЗУБОВ ПРИ ЗАБОЛЕВАНИЯХ ЗУБНОЙ СИСТЕМЫ

Картя Молдовеняскэ
1970

Министерство здравоохранения Молдавской ССР
Кишиневский государственный медицинский институт
Бюро главной судмедэкспертизы

Г. А. БОТЕЗАТУ

СУДЕБНО-МЕДИЦИНСКАЯ ЭКСПЕРТИЗА ПОВРЕЖДЕНИЙ ЗУБОВ ПРИ ЗАБОЛЕВАНИЯХ ЗУБНОЙ СИСТЕМЫ

Издательство „Картя Молдовеняскэ"
*Кишинев * 1970*

СОДЕРЖАНИЕ

Предисловие

Требования, предъявляемые к судебно-медицинской экспертизе повреждений, значительно расширились и усложнились. Ныне заключения, содержащие только изложение анатомической локализации повреждения или нарушений функции после травмы, справедливо рассматриваются как упрощенные, вызывают необходимость назначения дополнительной или повторной экспертизы для всестороннего разрешения вопросов, поставленных органами расследования и суда. К числу таких вопросов относятся различные проблемы судебно-медицинской диагностики и оценки повреждений у лиц с предшествующими заболеваниями и дефектами здоровья.

В монографии Г. А. Ботезату впервые приведены данные об удельном весе предшествующих заболеваний в практике экспертизы тяжести телесных повреждений, сообщается о диагностике механизма возникновения повреждений и его последствий в таких случаях.

Детальное освещение получают вопросы, возникающие при экспертизе тяжести повреждений и потери зубов у лиц с предшествующими заболеваниями зубной системы.

Работа Г. А. Ботезату представляет практический интерес не только для врачей при производстве судебно-медицинской экспертизы, но и для работников органов расследования, прокуратуры, суда и адвокатуры. Книга будет способствовать предупреждению ошибок при экспертизе телесных повреждений, и в этом ее основное значение.

Профессор П. Г. Арешев

Введение

В практике судебных медиков и врачей общемедицинской сети наиболее частым видом судебно-медицинской экспертизы является экспертиза телесных повреждений. При определении тяжести повреждений руководствуются общими экспертными критериями, предусмотренными в диспозициях статей уголовных кодексов (УК) и «Правил по определению тяжести телесных повреждений», изданных в союзных республиках нашей страны.

Применение общих принципов законодательства при оценке телесных повреждений требует учета конкретных показателей, характеризующих особенности течения и исхода повреждений той или иной локализации. За последние годы в судебно-медицинской литературе опубликован ряд диспозиций и статей, посвященных экспертизе телесных повреждений различных систем и органов, в том числе повреждений головы, лица, органов зрения, слуха, зубной системы (Ю. Л. Мельников, Н. П. Пырлина — 122; П. Г. Арешев — 5; А. П. Громов, А. Ф. Рубежанский — 127 и др.).

Однако нельзя считать, что разработка проблемы экспертизы тяжести телесных повреждений является завершенной. Опубликованные в литературе данные еще не обеспечивают решения многих вопросов, к числу которых относится диагностика и судебно-медицинская оценка тяжести повреждений у лиц с предшествующими травме заболеваниями и дефектами. Не случайно заместитель Генерального прокурора СССР Н. В. Жогин в своем выступлении на IV Всесоюзной конференции судебных медиков (Рига, июль, 1962) обратил внимание на судебные ошибки, которые допускаются при квалификации тяжести телесных повреждений вследствие недо-

оценки предшествующих заболеваний и дефектов. Он привел случай, когда у освидетельствуемой К. судебно-медицинской экспертизой был «определен» компрессионный перелом позвоночника. Обвиняемого приговорили к 8 годам лишения свободы. Однако судебно-медицинская экспертная комиссия под председательством В. И. Прозоровского установила, что у больной были болезненные возрастные изменения позвоночника, ошибочно принятые за компрессионный перелом. Обвиняемый был освобожден.

В проблеме судебно-медицинской экспертизы повреждений зубо-челюстной области у лиц с предшествующими заболеваниями зубной системы происходит сближение двух разделов судебной медицины — судебно-медицинской травматологии и судебной стоматологии. Важнейшим вопросом судебно-медицинской травматологии, как известно, является распознавание механизма повреждений и оценка их тяжести. Судебная стоматология, помимо вопросов экспертизы тяжести повреждений зубо-челюстной области (Г. И. Вильга; А. Ф. Рубежанский, 127; N. Ivan и др.), включает определение возраста, пола, идентификацию личности по зубам (или по Hammer одонтоскопию), идентификацию зубов по следам укусов, судебно-деонтологические вопросы стоматологии, определение давности смерти по зубам (Г. Л. Голобродский, 45; В. И. Добряк; В. И. Пашкова; П. Р. Сысоева; H. Ajiro, H. Iamada; H. Komori; M. Minovici и M. Kernbach; D. Schranz; P. Werz и др.).

Своеобразие механизма возникновения повреждений, особенности их течения и исходов у лиц с предшествующими заболеваниями, а также отсутствие специальных работ по экспертизе тяжести телесных повреждений у таких лиц побудили нас изучить следующие вопросы:

1. Определение удельного веса и нозологическая характеристика предшествующих заболеваний при экспертизе тяжести телесных повреждений.

2. Изучение механизма возникновения, клинического течения и исходов травм зубо-челюстной области при наличии заболеваний зубной системы до травмы и разработка экспертных критериев к оценке тяжести повреждений и потери зубов у таких лиц.

Путем анализа более десяти тысяч судебно-медицинских освидетельствований установлен удельный вес

предшествующих заболеваний при экспертизе тяжести телесных повреждений и на 400 наблюдениях из практики Кишиневской судебно-медицинской амбулатории проведена нозологическая характеристика предшествующих заболеваний. На 116 наблюдениях, отобранных из судебно-медицинской практики, изучены механизмы, клиническая картина и исходы травм зубо-челюстной области при наличии заболеваний зубной системы и разработаны экспертные критерии к оценке таких повреждений.

Систематизация и обобщение данных литературы по экспертизе повреждений и потере зубов и разработка судебно-медицинских критериев к оценке этих повреждений при наличии заболеваний зубной системы до травмы, проведены нами применительно к диспозициям УК РСФСР, Молдавской ССР и большинства других союзных республик (кроме Украинской, Казахской и Узбекской).

1. О судебно-медицинской экспертизе повреждений при наличии предшествующих заболеваний (литературные данные)

1. Общие данные о судебно-медицинской оценке тяжести повреждений у лиц с предшествующими заболеваниями

Предшествующие заболевания при телесных повреждениях и их значение для судебно-медицинской оценки тяжести повреждений издавна привлекают внимание юристов и судебных медиков. Разбирая в историческом аспекте уголовное законодательство о телесных повреждениях, М. Д. Шаргородский отмечает, что средневековые итальянские юристы применяли следующий принцип: если рана сама по себе не является смертельной, но смерть наступает из-за болезненного состояния пострадавшего, то причинная связь отрицается.

Примерно такое же ограничение причинной связи получило отражение и в истории русского уголовного права. В «Воинском уставе» Петра I (148) указывалось: «Надлежит подлинно ведать, что смерть всеконечно ли от бития приключилась. А ежели сыщется, что убиенный был бит, а не от тех побоев, а от других случаев, которые к тому присовокупились, умре, то надлежит убийцу не животом, но по рассмотрению и по рассуждению судейскому наказать».

Современное уголовное право при юридической квалификации преступлений придерживается принципа обязательного учета причинной связи между действием (или бездействием) правонарушителя и его последствиями; если такой связи нет, то последствия, как бы они ни были тяжелы, не могут быть поставлены в вину правонарушителю. Подтверждения этому имеются как в научных трудах советских юристов (М. Д. Шаргородский, А. С. Никифоров, Н. С. Алексеев, Н. И. Загородников, Т. В. Церетели и др.), так и в решениях и определениях наших судебных органов (Постановления Пленума Верховного Суда СССР от 10.I-1947 г. по делу Е., от

4. VI-1960 г. по делу П. М. Потемкина и др.). Т. В. Церетели, например, отмечает, что в судебной практике встречаются случаи, когда причинная связь отвергается ввиду того, что наступлению последствия способствовали особые свойства организма потерпевшего. В таких затруднительных случаях для решения вопроса о причинной связи судебно-следственные органы обращаются к экспертизе. Н. С. Алексеев подчеркивает, что исследование причинно-следственных связей должно в определенном объеме отражаться и в заключении эксперта. Следовательно, с учетом учения о причинной связи в теории и практике судебной экспертизы должен решаться, в частности, вопрос о компетенции эксперта.

Н. С. Бокариус указывает на большое значение в судебной медицине определения причинной связи между травмой и расстройством здоровья. «Правильная оценка между повреждением и развившимися за ним явлениями, как его последствиями, между причиненным насилием и в результате его определенным расстройством здоровья и функции организма, получает огромное практическое значение в следственном производстве».

С другой стороны, в учебных руководствах, пособиях и статьях по судебной медицине многие отечественные и иностранные авторы упоминают о заболеваниях и дефектах здоровья, предшествующих нанесению телесных повреждений, и о судебно-медицинском значении этих заболеваний для оценки тяжести повреждений в Уголовном праве. В работах С. А. Громова, Н. А. Оболонского, Н. С. Бокариуса, А. С. Игнатовского, М. И. Райского (125), Э. Гофмана, M. Minovici, I. Moraru, M. Kernbach'а (159), C. Simonin'а и др. имеются отдельные указания о влиянии предшествующих заболеваний на течение травмы и обострение заболеваний под влиянием травмы, о более тяжелом исходе повреждений у лиц с предшествующими заболеваниями, о наступлении у таких лиц скоропостижной смерти после неопасных для жизни повреждений.

Следует подчеркнуть, что аналогичные указания о роли предшествующих заболеваний для течения и исхода повреждений имеются в специальных работах и трудах, посвященных врачебно-страховой и судебно-трудовой экспертизе (А. Бум, П. И. Кедров, Н. А. Вигдорчик, С. Л. Трегубов, К. Тим и др.). Однако эти работы, имея

большое значение для врачебно-экспертной диагностики, не приемлемы для судебно-медицинской оценки тяжести по уголовным делам, так как «во врачебно-трудовой экспертизе принято не разграничивать понятий травматического заболевания и травматического обострения ранее существовавшей болезни; и те, и другие последствия травмы в совокупности с предшествующими заболеваниями рассматриваются как последствия несчастного случая» (П. Г. Арешев, 10).

Судебно-медицинская оценка тяжести телесных повреждений по исходу травмы (например, вследствие потери органа или его функции) недопустима, когда поврежденный или потерянный орган уже ранее не действовал (М. Д. Шаргородский; Комментарий к УК Молдавской ССР). М. Н. Гернет и А. Н. Трайнин, комментируя критерий «постоянной потери трудоспособности» при квалификации тяжести повреждений по исходу, специально подчеркивают, что при определении объема потери трудоспособности следует учитывать «разницу между прежней и наступившей производительностью».

A. Ritucci, высказывая взгляды итальянских юристов, пишет, что «закон охраняет то, что есть, а не то, что должно быть» и поэтому судебно-медицинская оценка утраты органа (или его функции) должна исходить из фактического состояния органа до травмы. По мнению П. Г. Арешева (10), судебный медик должен определять тяжесть расстройства здоровья, вызванного только самой травмой и не имеет права, минуя мнение суда, возлагать на виновника травмы повышенную ответственность за ущерб, вызванный предшествующим болезненным состоянием, не связанным с травмой, хотя и отягчающим ее последствия.

Судебно-медицинская оценка тяжести телесных повреждений, как известно, производится в соответствии с нормами действующего Уголовного законодательства (уголовные кодексы). Общие критерии для оценки тяжести повреждений имеются в уголовных кодексах (УК), в диспозициях статей УК о телесных повреждениях и в официальных инструкциях — «Правилах по определению степени тяжести телесных повреждений» к УК союзных республик нашей страны.

В «Правилах» к УК имеются отдельные указания относительно оценки тяжести повреждений у лиц с пред-

шествующими заболеваниями и дефектами здоровья. Приводятся примеры, когда у слепого в результате травмы происходит потеря стопы (РСФСР, Таджикская ССР, Туркменская ССР) или потеря кисти (Литовская ССР). В «Правилах» девяти союзных республик (см. ниже) подчеркивается, что оценка тяжести повреждений по признаку потери зубов предусматривает потерю «полноценных» зубов.

В «Правилах» к УК Молдавской и Таджикской республик даны общие указания, что при экспертизе тяжести повреждений у лиц с предшествующими заболеваниями более тяжелый исход травмы из-за наличия таких заболеваний не должен увеличивать степень тяжести повреждения. В «Правилах» к УК Молдавской ССР указывается: «При определении тяжести повреждений имеется в виду установление прямого результата и последствия повреждения для здоровья потерпевшего, закономерно обусловленных самим характером нанесенного повреждения. *Поэтому, необычно тяжелый исход повреждения... по причине заболеваний, предшествующих травме и отягчающих ее исход* (например, у больных, инвалидов); и других моментов, не связанных с характером нанесенного повреждения, *не учитываются при определении степени тяжести телесного повреждения и сообщается в заключении дополнительно*» (пункт 4 «Правил» — курсив наш).

Далее в «Правилах» разъясняется, что «...суд может учитывать и эти последствия, например, если умысел преступника направлен на ухудшение существовавшего заболевания именно путем нанесения повреждения».

В «Правилах» к УК Таджикской ССР указывается: «Судебно-медицинским экспертом при квалификации телесного повреждения оценивается только само повреждение и его проявление в обычном течении травматического процесса.

Осложнения телесных повреждений, наступающие в силу случайных обстоятельств (например, загрязнение раны, индивидуальные особенности организма, неправильное лечение и т. п.) не должны приниматься во внимание при определении тяжести телесного повреждения.

Наличие предшествующих заболеваний и обострение их после полученных телесных повреждений не должно увеличивать разряда тяжести самого повреждения.

Например, гр-н А., 57 лет, страдающий гипертонической болезнью, эмфиземой легких, получил повреждение легкой степени, выразившееся в кровоподтеке размерами 2 × 3 см в области левого глаза. После получения повреждений обратился в поликлинику, где было отмечено повышение кровяного давления, в связи с чем ему был назначен стационарный режим. В больнице он пролежал по поводу гипертонической болезни 22 дня.

В этом случае, хотя, возможно, и имелась связь между полученными повреждениями легкой степени и гипертонической болезнью, потеря трудоспособности, связанная с гипертонической болезнью, при оценке тяжести телесных повреждений во внимание приниматься не должна.».

Приведенные общие указания в «Правилах» к УК Молдавской ССР являются отражением работ П. Г. Арешева и его сотрудников (Г. А. Ботезату, Н. М. Волковой, П. И. Максимова и др.). С. Б. Гольдштейн отмечает, что благодаря этим указаниям молдавские судебно-медицинские эксперты получают правовую возможность характеризовать степень тяжести повреждения и представить суду обоснованное заключение.

М. Марков в учебнике «Судебная медицина» в разделе, посвященном судебно-медицинской экспертизе тяжести телесных повреждений, пишет, что нанесение телесного повреждения человеку, который предварительно имел какое-то заболевание или анатомическое, или функциональное расстройство, не является редкостью. Правовая теория и практика не исключают возможности нанесения нового телесного повреждения человеку, который не вполне здоров. Но суд должен конкретно решить вопрос о значении предшествующего состояния организма, для чего требует от врача — ответственного лица — установить анатомическую и функциональную сущность предшествующего вреда, оценить, как отразилось новое вредное содействие при таком состоянии организма, какие новые анатомические и функциональные расстройства причинены организму и каково значение предшествующего состояния организма и нового его повреждения для их течения. Конечно, не может быть лишен, например, зрения или слуха человек, который перед этим был полностью глухой или слепой, но внимательное исследование и оценка причин повреждения может от-

крыть какой-нибудь другой признак квалификации повреждения, например, обезображение или расстройство здоровья, и меньше всего боль. Во многих случаях, однако, человек, который имел повреждение руки, но мог обслуживать себя, хотя и не полностью и с трудом, может с новым повреждением быть лишен функции этой руки. В таком случае врач, ответственное лицо, должен выявить, какие функции могла выполнять рука до повреждения, тогда суд сделает вывод, какой новый вред получил потерпевший, когда он потерял эти функции. Что касается правовой оценки вреда, то это задача суда. По мнению П. Г. Арешева (10), судебно-медицинское исследование различных вопросов проблемы экспертной диагностики и оценки тяжести повреждений, нанесенных лицам с предшествующими заболеваниями, требует дальнейшего изучения с учетом различных нозологических форм и стадий предшествующих заболеваний и характера травматических воздействий.

2. Судебно-медицинское значение предшествующих заболеваний при экспертизе телесных повреждений

В судебно-медицинской литературе, касающейся экспертизы тяжести телесных повреждений у лиц с предшествующими заболеваниями, в первую очередь следуют указания о влиянии предшествующих заболеваний на смертельный исход не опасных для жизни повреждений. Затем нередко упоминается о более тяжелых исходах повреждений при предшествующих заболеваниях, в частности, их травматических обострениях. Наконец, большое врачебно-экспертное значение может иметь дифференциальная диагностика предшествующих заболеваний и последствий травмы (травматических болезней).

Анализ литературы показывает, что механизмы более тяжелых исходов травмы у лиц с предшествующими заболеваниями и дефектами здоровья могут быть различны. В одних случаях, вследствие травмы, имевшиеся до нее дефекты здоровья как бы дополняются новыми повреждениями. Об этом пишут многие специалисты по врачебно-трудовой экспертизе (А. Бум; П. И. Кедров; Н. А. Вигдорчик; С. Л. Трегубов; К. Тим и др.). Так, например, С. Л. Трегубов указывает, что травматическая

потеря зрения на один глаз у человека, имевшего до травмы единственный зрячий глаз, вызывает полную слепоту; отрыв 1—2 пальцев кисти при наличии дефекта ее до травмы вызывает более тяжелые последствия, чем аналогичная травма полноценной кисти. Как уже отмечалось, в «Правилах» к некоторым уголовным кодексам также имеются аналогичные указания (РСФСР, Туркменской ССР, Литовской ССР).

Наибольший практический интерес представляют случаи, когда из-за травмы обостряется и ухудшается ранее существовавший болезненный процесс. Так, А. М. Гамбург описывает случай смерти от гнойного процесса (абсцессов) в правом полушарии мозга через 2,5 недели после нанесения удара концом зонта, причинившего лишь ссадину в левой надбровной области. П. Г. Арешев (7) сообщает, что сотрясение мозга протекает тяжелее у лиц, перенесших менингит или закрытую травму черепа, что незначительная травма может вызвать отслойку сетчатой оболочки глаза при высокой близорукости, гидронефроз — при наличии блуждающей почки и т. д.

О. Х. Поркшеян, В. И. Прозоровский, Б. С. Свадковский и И. В. Воронова и др. указывают, что при патологических процессах в костях переломы могут образоваться от различных по интенсивности травматических воздействий, иногда даже небольших. Н. М. Волкова (38) отмечает, что при наличии в прошлом переломов плеча или предплечья легкие повреждения или даже удары могут привести к тяжким последствиям в виде повторных переломов с образованием ложных суставов.

Таким образом, по данным литературы, более тяжелый исход телесных повреждений у лиц с предшествующими заболеваниями может наступать как от простого суммирования последствий новых повреждений с имевшимися дефектами, так и от травматического обострения, ухудшения под влиянием травмы ранее существовавших заболеваний.

Необходимость дифференциальной диагностики между предшествующими заболеваниями и последствиями травмы может возникать, если заболевание устанавливается через значительный срок после травмы; когда обнаруживаются заболевания, обычно имеющие нетравматическое происхождение, и когда при отсутствии указаний на травму обнаруживаются заболевания, обычно возни-

кающие в результате нанесения ее (Н. А. Вигдорчик; П. Г. Арешев, 8, 10 и др.).

3. Об оценке тяжести повреждений и потери зубов при наличии заболеваний зубной системы до травмы

В уголовных кодексах в диспозициях статей о телесных повреждениях не имеется указаний об оценке тяжести повреждений и потери зубов. Определение тяжести таких повреждений производится по общим критериям, которые предусматриваются для оценки телесных повреждений в уголовных кодексах союзных республик СССР и в официальных инструкциях — «Правилах по определению степени тяжести телесных повреждений» к УК.

Вопросы оценки тяжести повреждений и потери зубов получили определенное освещение в судебно-медицинской литературе. Такие сведения имеются в руководствах и пособиях по судебной медицине Э. Гофмана, М. И. Райского (124), К. Эммерта; А. Шауэнштейна и др. и в диссертациях Г. И. Вильга, Г. Л. Голобродского, Н. П. Пырлиной, А. Ф. Рубежанского.

Об оценке потери зубов при существовании до травмы заболеваний и дефектов зубной системы, в частности, в отношении травматической потери «полноценных» зубов, упоминается в «Правилах» к УК Белорусской, Казахской, Киргизской, Таджикской, Грузинской, Азербайджанской, Армянской, Латвийской, Эстонской республик. В «Правилах» к УК Молдавской ССР имеются лишь общие указания об оценке тяжести повреждений при наличии предшествующих заболеваний. Кроме того, в упомянутых диссертациях Вильга, Голобродского, Пырлиной, Рубежанского и в других судебно-медицинских работах имеются краткие сведения и примеры экспертизы потери зубов при наличии заболеваний зубной системы до травмы.

Разберем вначале официальные инструкции и данные судебно-медицинской литературы об оценке тяжести повреждений и потери зубов, а затем об экспертизе тяжести повреждений у лиц с предшествующими заболеваниями и дефектами зубной системы. Обзор литературы, как уже отмечалось, проводится применительно к опре-

делению степени тяжести повреждений по действующим Уголовным кодексам РСФСР, Молдавской ССР и большинства союзных республик, имеющих в УК и «Правилах» к ним аналогичные общие критерии для оценки тяжести телесных повреждений. Уголовные кодексы Украинской, Казахской и Узбекской республик в диспозициях статей о телесных повреждениях по сравнению с УК других союзных республик имеют принципиальные отличия по классификации тяжести телесных повреждений по исходу травмы; то же касается классификации степеней стойкой утраты трудоспособности и сроков временной нетрудоспособности в «Правилах» к УК БССР, Таджикской, Азербайджанской, Грузинской, Латвийской и Эстонской республик.

а. Оценка тяжести повреждений и потери полноценных зубов

В официальных инструкциях («Правилах») и в судебно-медицинской литературе указывается, что оценка тяжести челюстно-лицевых повреждений, в том числе повреждений зубов, производится по общим критериям: опасность для жизни, неизгладимое обезображение лица, стойкая утрата трудоспособности (не менее одной трети, менее одной трети, незначительная утрата), длительность расстройства здоровья (длительное, кратковременное).

Для определения степени тяжести повреждений с потерей зубов имеет значение количество потерянных зубов (Г. И. Вильга; Э. Гофман; Н. П. Пырлина, 122, 123, А. Ф. Рубежанский, 127 и др.) и место, которое они занимали в зубном ряду — резцы, клыки, коренные (Г. Л. Голобродский, 45, 47; В. Штольц и др.). Так, например, Голобродский считает, что потеря коренного зуба, как правило, является более тяжелой функциональной утратой, чем потеря резца или клыка.

Оценка тяжести повреждений по признаку стойкой утраты трудоспособности проводится путем определения степени потери общей трудоспособности по действующей таблице к Инструкции Министерства Финансов СССР «О порядке врачебного освидетельствования страхователей». По этой таблице утрата трудоспособности наступа-

ет, начиная с потери одного резца или двух зубов-нерезцов.

По М. И. Райскому (124), потеря зубов не дает стойкой утраты трудоспособности, так как искусственные зубы полностью возмещают физиологическую функцию естественных. Такой же точки зрения придерживаются в Польской Народной Республике, где при определении размеров утраты трудоспособности (в процентах) учитывается факт протезирования (W. Dzulynski). B. Popielski рассматривает потерю зубов только в качестве критерия нарушения функции органа речи и жевания и считает, что утрата одного зуба не ведет даже к длительному расстройству этого органа. Вильга в этом отношении высказывается противоречиво. Он отмечает, что искусственные зубы восстанавливают функцию жевания, однако искусственная замена утраченного органа не может заместить живое.

А. Ф. Рубежанский (130) считает, что при судебно-медицинской оценке повреждений с потерей зубов по признаку стойкой утраты трудоспособности «не устанавливается какой-либо зависимости между размером снижения трудоспособности и возможным впоследствии протезированием». Он (129) правильно указывает, что «...возможность замещения травмированных зубов протезом не должна оказывать влияния на экспертную оценку». Такой же точки зрения придерживаются Casper; Ritucci, М. Марков.

Наконец, следует подчеркнуть, что при судебно-медицинской квалификации тяжести телесных повреждений по признаку утраты трудоспособности учитывается потеря общей, а не профессиональной трудоспособности. Утрата профессиональной трудоспособности может быть учтена как критерий тяжести повреждения только по специальному указанию судебно-следственных органов. В «Правилах» к УК Молдавской ССР упоминается о таких случаях: «...например, если умысел преступника направлен на лишение профессиональной трудоспособности именно путем нанесения телесного повреждения» (примечание 6 к пункту 8 «Правил»).

В настоящее время следует понимать замечания Г. И. Вильга, Г. Л. Голобродского (47) и Н. П. Пырлиной (122) о повышенной ценности передних зубов и значительном снижении профессиональной трудоспособно-

сти при их потере у музыкантов, играющих на духовых инструментах, некоторых цирковых артистов и др.

Тяжкие повреждения. Судебно-медицинская оценка повреждений как «тяжких» может проводиться по признаку опасности их для жизни или по исходу (последствиям). Согласно «Правилам» к УК Казахской, Киргизской, Молдавской, Грузинской, Азербайджанской, Армянской, Латвийской и Эстонской ССР, к тяжким, опасным для жизни повреждениям могут относится оскольчатые переломы челюстей; к тяжким по исходу — повреждения зубной системы, повлекшие «неизгладимое обезображение лица» или «стойкую утрату трудоспособности не менее одной трети».

«Неизгладимое обезображение лица» при повреждениях зубной системы может наступать при переломе зубов или их травматической экстракции (Э. Гофман) или при повреждениях зубов и губ (А. С. Игнатовский). По М. И. Райскому (125), оно наступает, если выбито много зубов, а потеря одного или двух зубов не вызывает обезображения лица. В настоящее время неприемлемы высказывания Г. И. Вильга, К. А. Нижегородцева, Г. Л. Голобродского (45), что в результате травматической потери зубов неизгладимого обезображения лица не может быть, ввиду устранения косметического дефекта путем протезирования. Это объясняется прямыми указаниями действующих «Правил», что под «изгладимостью» понимают устранение или уменьшение возникших дефектов под влиянием таких методов лечения, которые исключают оперативное вмешательство. Исходя из степени стойкой утраты общей трудоспособности, к тяжким повреждениям по исходу (утрата трудоспособности не менее одной трети) могут быть отнесены случаи травматической потери 7 или 8 резцов, а также 4—6 резцов и одновременно нескольких зубов — не резцов. Однако такие травматические потери, как известно, бывают обычно при оскольчатых переломах челюстей и сопровождаются симптомами, опасными для жизни (кровотечение, шок). Естественно, что они квалифицируются как тяжкие повреждения по признаку опасности для жизни.

Менее тяжкие повреждения. К «менее тяжким» относятся повреждения, вызывающие стойкую утрату трудоспособности менее одной трети или времен-

ное расстройство здоровья (нетрудоспособность) на срок свыше 4 недель.

Менее тяжкие повреждения зубной системы квалифицируются по признаку стойкой утраты трудоспособности. К таким повреждениям относятся случаи травматической потери зубов, повлекшие утрату трудоспособности на 15—20—25—30%. Исходя из степени утраты трудоспособности по действующей таблице, очевидно, что к менее тяжким повреждениям будут относиться случаи потери 3—6 резцов, 9 и более зубов — не резцов, а также потеря одновременно 1—2 резцов и 4—8 других зубов. В «Правилах» к УК Киргизской и Армянской ССР имеются дополнительные разъяснения — к менее тяжким повреждениям (15—30% утраты трудоспособности) относится потеря 6 и более зубов (Киргизия) или травматическое удаление 3 и более резцов (Армения).

Н. П. Пырлина (122) подчеркивает, что потеря нескольких зубов может привести к расстройству жевательной функции и неясности речи. В. Штольц отмечает, что жевательная функция нарушается при потере коренных зубов, а речь — при потере резцов. По А. Ф. Рубежанскому (129), утрата двух и более зубов вызывает стойкую потерю общей трудоспособности, и эти повреждения, в зависимости от количества потерянных зубов, могут относиться к менее тяжким или к легким с расстройством здоровья.

В «Правилах» к УК семи других союзных республик, где в качестве критерия менее тяжких повреждений предусматриваются различные степени утраты трудоспособности, помимо общих экспертных критериев, также имеются дополнительные указания о количестве потерянных зубов. Менее тяжкими повреждениями признаются в Таджикской ССР — потеря 4 и более зубов, в Грузинской ССР — травматическое удаление 3 и более зубов, в Азербайджанской ССР — 2 и более зубов. К повреждениям средней тяжести в Казахской ССР и Латвийской ССР относится потеря 3 и более зубов; то же касается Эстонской ССР, где эта группа повреждений называется тяжкими (в отличие от других республик, УК Эстонской ССР разделяет телесные повреждения на особо тяжкие, тяжкие и легкие).

Легкие повреждения с расстройством здоровья. К легким повреждениям, причинившим

расстройство здоровья, относятся такие, которые вызывают в исходе незначительную стойкую утрату трудоспособности или вызывают временное расстройство здоровья (нетрудоспособность) на срок от одной до четырех недель. К таким повреждениям в первую очередь относится травматическая потеря зубов, с утратой трудоспособности на 5—10%.

Исходя из этого, легкими повреждениями с расстройством здоровья по признаку стойкой утраты трудоспособности будут повреждения с потерей 1—2 резцов, 2—8 зубов-нерезцов или же одновременно одного резца и 1—3 других зубов.

К легким повреждениям с расстройством здоровья относится и потеря одного зуба нерезца. Однако в отношении критерия, по которому проводится такая оценка, имеются различные мнения. Г. И. Вильга, Э. Гофман, А. Ф. Рубежанский (127) считают, что потеря одного зуба в конечном счете (поздние последствия) приводит к расстройствам жевательной функции из-за развивающихся постепенно нарушений нормальной статики соседних зубов и зуба-антагониста. При этом Вильга и Гофман подчеркивают, что вред, причиняемый потерей одного зуба, несколько преувеличен.

В «Правилах» к УК некоторых союзных республик указано, что потеря одного зуба — нерезца — квалифицируется как легкое повреждение с расстройством здоровья по признаку временного расстройства здоровья (нетрудоспособности) на срок до 12 дней (Грузинская ССР), до 3 недель (Азербайджанская ССР), от 1 до 4 недель (Эстонская ССР). Это находит обоснование в клиническом течении и исходе повреждений: травматическая экстракция зуба, перелом его с оставлением в костной лунке корня или полный травматический вывих. Эти повреждения, как известно, вызывают обычно расстройство здоровья до 2—3 недель (А. Е. Верлоцкий и др.), связанное с их заживлением и лечением.

По признаку временного расстройства здоровья (нетрудоспособности) квалифицируются как легкие повреждения с расстройством здоровья такие повреждения зубов, которые не вызывают их потери, а влекут расстройства здоровья на срок от одной до четырех недель. К таким повреждениям относятся переломы костной лунки (Краттер, Райский 125), неполный травматический

вывих, дефекты эмали. По Рубежанскому (131), дефекты эмали или неполные травматические вывихи, сопровождающиеся неосложненным периодонтитом или без такового, относятся к легким повреждениям с расстройством здоровья, так как зубы сохраняются. Эти повреждения излечиваются обычно в срок от 7 до 12 дней и функция жевания восстанавливается. При переходе острого периодонтита в хроническую форму срок лечения удлиняется, но обычно не превышает 4 недель. Надо полагать, что Рубежанский имеет в виду травматические дефекты эмали с повреждением дентина, которые, как известно, вызывают расстройство здоровья и необходимость лечения в течение 7—12 дней, то есть относятся к легким повреждениям с расстройством здоровья.

Легкие повреждения. К легким повреждениям относятся повреждения, не повлекшие расстройства здоровья или заканчивающиеся полным восстановлением здоровья в ближайшие дни после нанесения повреждения — временная нетрудоспособность до 7 дней.

В Латвийской ССР срок временной нетрудоспособности при этих повреждениях снижен до 3 дней, в Узбекской ССР, наоборот, увеличен до 2 недель, в Казахской ССР — до 3 недель. По УК и «Правилам» Украинской, Грузинской и Азербайджанской ССР к легким относятся повреждения, которые вообще не вызывают временной нетрудоспособности.

К легким повреждениям зубо-челюстной области относятся ссадины, небольшие кровоподтеки, неглубокие раны кожных покровов и слизистых оболочек губ и десен. По мнению Н. П. Пырлиной (123), к легким повреждениям относится и частичный перелом коронки зуба без повреждения пульпы. Надо полагать, что в последнем случае имеется в виду и отсутствие повреждений дентина, которые, как известно, вызывают расстройство здоровья и необходимость лечения в течение 7—12 дней.

Г. И. Вильга, Н. П. Пырлина (123) и др. указывают, что травматическая потеря молочных зубов в период их смены на постоянные, когда корень молочного зуба полностью рассосался, также квалифицируется как легкое повреждение. Однако при травматической потере молочных зубов задолго до их смены на постоянные, как правило, обнаруживаются более тяжелые последствия. Та-

кие повреждения следует приравнивать по тяжести к потере аналогичных постоянных зубов.

б. Экспертиза потери зубов при наличии заболеваний зубной системы до травмы

В «Правилах» к УК Киргизской, Белорусской, Грузинской, Азербайджанской, Армянской, Казахской, Таджикской, Латвийской и Эстонской ССР в отношении оценки повреждений, сопровождающихся потерей зуба (зубов), указывается о потере «полноценных» зубов.

В судебно-медицинской литературе имеются краткие и отрывочные сведения об экспертизе тяжести повреждений и потери зубов при наличии заболеваний зубной системы до травмы — пародонтоза, дефектов зубных рядов, кариозной болезни.

П а р о д о н т о з. Случай потери двух резцов после удара палкой по лицу при пародонтозе приводит Blumenstok. Это повреждение было признано легким, так как имела место повышенная расшатанность зубов, связанная с заболеванием их корневой оболочки и десен. При таком состоянии зубов они могут быть легко выбиты без применения большой силы.

Г. И. Вильга, ссылаясь на этот случай, указывал, что в судебно-медицинском отношении жевательная функция не нарушается «...при потере зубов, совершенно расшатанных патологическим процессом», то есть при значительном пародонтозе. К. Эммерт приводит случай судебно-медицинской оценки потери зуба после травмы как легкого повреждения «...при плохом состоянии челюсти вообще».

В диссертациях Н. П. Пырлиной и А. Ф. Рубежанского описаны случаи потери зубов после травмы у лиц, страдавших пародонтозом. Н. П. Пырлина наблюдала у мужчины 37 лет, страдавшего альвеолярной пиореей, после ударов рукой по лицу экстракцию двух нижних резцов справа и правого верхнего центрального резца. Ввиду наличия заболевания зубной системы до травмы повреждение было квалифицировано как легкое (без расстройства здоровья). А. Ф. Рубежанский сообщает случай, когда пострадали зубы у больного атрофической формой амфодонтоза, где консультант указал, что расшатыванию 32| зубов способствовала травма.

Ritucci, ссылаясь на решение итальянского верховного суда, отмечает, что для составления заключения о потере резца у лица, страдавшего гингивитом и по этой причине в прошлом потерявшего другие зубы, нужно тщательное изучение заболеваний зубной системы в прошлом.

Дефекты зубных рядов. В отечественной судебно-медицинской литературе о снижении выносливости зубной системы по отношению к функциональным и травматическим воздействиям при дефектах зубных рядов впервые подробно пишет Г. И. Вильга. Он обратил внимание, что расстройства жевательной функции и нарушение статики зубной системы в конечном итоге наступают даже при отсутствии одного зуба. «...функция потерянного зуба отягчающим образом ложится на остальные; зубы, смежные с утраченным, расшатываются; антагонист же его выходит из ячейки; бездействует и теряет свою прочность». При отсутствии нескольких зубов дефекты зубных рядов приводят к локальному ослаблению опорного аппарата (пародонтопатии) других зубов: «...вследствие потери ряда зубов, оставшиеся делаются слабее, ибо смежные зубы наклоняются по направлению к освободившемуся промежутку, антагонисты, не встречая более противоположной жевательной поверхности, выдвигаются из ячеек». При этом Вильга справедливо указывает на экспертно-диагностическое значение предшествующих травме дефектов зубных рядов с пародонтопатией. В судебно-медицинском отношении в таких случаях «...прежняя функция жевательного аппарата не нарушается при потере зубов, стоящих вне ряда, не имеющих антагонистов и совершенно расшатанных патологическим процессом».

В отношении оценки потери опорных зубов-носителей протеза Вильга высказывается осторожно. Он ограничивается лишь упоминанием о важности такой потери для пострадавшего, не сообщая степени тяжести телесного повреждения. «В некоторых случаях потеря даже одного зуба может иметь важное значение, как, например, зуба, служащего опорой для протеза, или моляра, имеющего антагониста при разрушеных прочих зубах».

Наконец, Вильга считает, что при экспертизе повреждений у лиц с дефектами зубных рядов необходимо учи-

тывать подвижность зубов. Он описывает следующий случай: «Ударом кулака у 45-летней женщины на нижней челюсти был выбит совсем один резец и два сильно расшатаны. Экспертиза нашла, что ввиду очень плохого состояния всей полости рта нельзя с достоверностью сказать, что указанные изменения вызваны травмой; в то же время можно с большой степенью вероятности предположить, что до травмы зубы эти были сильно расшатаны. Если же допустить, что травма в данном случае имела место, то последствия ее, ввиду прежнего состояния полости рта, можно считать легким повреждением тела».

По Э. Гофману, при судебно-медицинской квалификации повреждений зубов необходимо иметь в виду «были ли они здоровы, находились ли поврежденные зубы среди других зубов или расположены изолированно, имеются ли их антагонисты». Он писал, что «изолированно стоящие зубы, в окружности которых челюсть атрофирована, могут быть выбиты легким ударом в рот». Э. Гофман упоминает о случае, когда одному мужчине легким ударом, не оставившим никаких следов на губах, были выбиты четыре изолированно стоящих резца нижней челюсти, не имевшие антагонистов, и он квалифицировал повреждения как легкие.

Голобродский (47) в отношении потери зубов после травмы у лиц с предшествующими дефектами зубных рядов пишет: «Потеря одного зуба обычно весьма незначительно отражается на функции жевательного аппарата. Однако, если соседний с поврежденным зубом отсутствует, то недостача двух зубов создает в зубном ряду такой дефект, который отражается на функции достаточно сильно и дает вполне определенное основание для отнесения повреждений к «менее тяжким». Усугубляется тяжесть потери одного зуба, если он мог быть использован в качестве опоры для протезирования отсутствующих соседних зубов».

Н. П. Пырлина высказывается аналогично с положениями Вильга, но подробно останавливается на возможных отрицательных влияниях протезирования на состояние зубной системы. В диссертации она правильно указывает: «Всем хорошо известно огромное значение зубных протезов для восстановления утраченной функции и исправления косметических дефектов. Однако для то-

го, чтобы правильно подойти к оценке травмы зубов и не переоценивать значение важности путем протезирования восстановить утерянные зубы, необходимо указать и на тот вред, который могут приносить иногда протезы. Только те протезы, которые выполнены при полном соблюдении показаний к их постановке, при точном исполнении и тщательной отделке могут выполнить свое назначение без вреда для носящего их человека. В противном случае они вызывают не только катаральные и язвенные гингивиты и стоматиты, но также и периоститы, альвеолярную пиорею и даже некрозы твердого нёба и остеомиелиты челюстей (К. Г. Митрофанова). ...Кроме того, здоровые зубы, служащие опорой для несъемных протезов, расшатываются от перегрузки».

Такой же точки зрения придерживается Рубежанский (131), как бы подразумевая возможность развития пародонтопатии при дефектах зубных рядов с наличием протезов. Он пишет, что установление протеза и пользование им связаны с рядом неудобств: протез снижает чувствительность к прикосновению, температуре, вкусовым ощущениям, нарушает четкость речи; обладатель его нуждается в последующем периодическом или даже постоянном врачебном контроле. В диссертации он приводит случай, когда у женщины 34 лет при травме произошла экстракция шести опорных зубов-носителей съемного протеза (876/678), а судебно-медицинская комиссия указала в заключении на необходимость протезирования.

Ritucci, ссылаясь на Джилио, отмечает, что между простым анатомическим повреждением зубного аппарата и ослаблением его функции нет паралеллизма, что предшествующие значительные дефекты зубных рядов лишают зубной аппарат его функциональной ценности, и поэтому он не может рассматриваться как полноценный функционирующий объект для повреждения.

К а р и о з н а я б о л е з н ь. По Вильга, судебно-медицинская оценка потери зуба из-за перелома не относится «к переломам сильно кариозных зубов», а жевательная функция также не нарушается при потере зубов, «разрушенных кариесом до основания коронки».

Э. Гофман, как уже отмечалось, предлагал при квалификации повреждений зубов выяснить, были ли они здоровы. По Голобродскому (47) «...потеря болезненно

измененного зуба не может быть приравнена к потере здорового, целого зуба». В диссертации он пишет: «Целость болезненно-измененного зуба может нарушаться без применения значительной силы даже во время разжевывания твердой пищи».

Н. П. Пырлина (123) отмечает, что если коронки зубов уже были разрушены кариесом и функция их, таким образом, уже до травмы была нарушена, то потеря даже нескольких зубов может быть оценена как легкое телесное повреждение, не причинившее расстройства здоровья. Н. П. Пырлина в диссертации, говоря о замене коронки (при здоровом корне) искусственной, укрепленной на штифте, указывает, что «все виды штифтовых зубов наряду с положительными сторонами страдают теми или иными недостатками как в смысле устойчивости коронковой части, так и влияния на корень».

B. Popielski сообщает, что перелом даже нескольких зубов, сильно разрушенных кариесом и при запущенном лечении, не может влиять на оценку тяжести повреждений.

В заключение следует сказать, что кариозная болезнь в сочетании с другими предшествующими заболеваниями может привести к смертельным осложнениям как под влиянием травмы, так и независимо от нее.

К. Эммерт указывал, что «...даже кровотечение из поврежденных сосудов зубов может достигнуть опасных для жизни размеров, если данное лицо страдает гемофилией высокой степени». Н. И. Поркшеян описала случай смерти на 3-й день после начала кровотечения у 8-летнего мальчика, страдавшего гемофилией; источником смертельного кровотечения был глубокий кариес (с периодонтитом) второго правого нижнего коренного зуба.

Маттей описывает случай смерти мужчины 20 лет на 17-й день после травмы зубо-челюстной области. У погибшего при жизни был глубокий кариес нижнего большого коренного зуба справа с разрушением корня. Через две недели после травмы кариес корня зуба осложнился обширной флегмоной лица и множественными абсцессами головного мозга.

* * *

Таким образом, изучение юридической и судебно-медицинской литературы показывает, что в учебных руко-

водствах, статьях и отдельных публикациях случаев из практики обращается внимание на то, что при наличии предшествующих заболеваний течение и исход телесных повреждений могут быть более тяжелыми, чем у здоровых людей до травмы. Этот вопрос получил некоторое освещение в «Правилах» к УК отдельных союзных республик. Указания в «Правилах» относятся к отдельным случаям причинения телесных повреждений лицам с предшествующими дефектами здоровья, когда последствия травмы как бы суммируются с имевшимися предшествующими дефектами здоровья (РСФСР, Туркменская ССР, Литовская ССР). В «Правилах» к УК Молдавской ССР и Таджикской ССР даны общие указания о составлении заключений о тяжести телесных повреждений у лиц с предшествующими заболеваниями. Однако в судебно-медицинской литературе не получили систематического освещения вопросы о том, как часто при экспертизе тяжести повреждений встречаются предшествующие заболевания, не дана их характеристика по системам организма и нозологическим болезненным формам. Не разработаны экспертные критерии к оценке тяжести повреждений у лиц с предшествующими заболеваниями различных систем организма, отдельных нозологических болезненных форм в пределах одной системы, в частности, при повреждении и потере зубов с заболеваниями зубной системы до травмы. Между тем прямые указания в «Правилах» к УК девяти союзных республик (Азербайджанской, Армянской, Белорусской, Грузинской, Казахской, Киргизской, Туркменской, Латвийской, Эстонской) о том, что оценка тяжести травматической потери зубов должна проводиться только в отношении так называемых полноценных зубов, указывает на актуальность разработки таких критериев для теории и практики судебно-медицинской экспертизы.

II. Общая характеристика предшествующих заболеваний при экспертизе телесных повреждений

В основу работы положено исследование 116 травм зубо-челюстной области у лиц с предшествующими заболеваниями зубной системы. Эти наблюдения отобраны в течение 6 лет (1960—1965 гг.) из практики судебно-медицинских освидетельствований по определению тяжести повреждений, главным образом (109 наблюдений) из практики Кишиневской судебно-медицинской амбулатории. Путем общей и клинической характеристики повреждений и предшествующих заболеваний зубной системы разработаны экспертные критерии к оценке тяжести повреждений и потери зубов.

Проведен анализ 400 экспертиз телесных повреждений при наличии у потерпевших различных предшествующих заболеваний. Эти наблюдения также относятся к экспертной практике Кишиневской городской судебно-медицинской амбулатории за 3 года (1960—1962 гг.). На основе изучения этих экспертиз определен удельный вес предшествующих заболеваний, приведены распределение их по системам организма и нозологическая характеристика. За этот же трехлетний период были изучены также предшествующие заболевания у потерпевших по материалам судебно-медицинской комиссии Республиканского бюро судмедэкспертизы МССР.

Заболевания и дефекты здоровья, предшествующие травме, не являются исключительной редкостью при экспертизе тяжести повреждений. По нашим данным, они наблюдаются примерно у 4% освидетельствованных по поводу телесных повреждений. В Кишиневской городской судебно-медицинской амбулатории предшествующие заболевания и патологические процессы отмечались в 1960 г. у 3,3%, в 1961 — у 4,6% и в 1962 — у

3,4% потерпевших. По материалам судебно-медицинской комиссии Республиканского бюро за эти же годы (1960—1962 гг.) были установлены существовавшие до нанесения травмы почти в половине случаев (17 из 41) повторных экспертиз тяжести телесных повреждений.

1. Обстоятельства травмы. Характер и локализация повреждений

Предшествующие заболевания наблюдались у лиц, получивших повреждения при различных обстоятельствах. Большинство телесных повреждений отмечалось при бытовых травмах — 93,8%. Транспортный травматизм составлял только 6%, а случаи производственных травм были единичными — 0,2%. Обстоятельства бытовых травм и характер орудий, которыми причинялись повреждения, практически не отличались от случаев нанесения травм лицам без предшествующих заболеваний. Как правило, повреждения, причинявшиеся твердыми тупыми предметами, составляли 92,8%, из них в 56,9% случаев они наносились невооруженным человеком и в 35,9% — случайными орудиями и предметами домашнего обихода. Это соответствует обстоятельствам бытовых конфликтов, когда правонарушения не носят характера заранее подготовленных нападений.

Наиболее часто встречаются наружные повреждения — ссадины, кровоподтеки. Однако 7,7% потерпевших жаловались на травму, а при экспертизе наружных повреждений не было найдено.

Для судебно-медицинской экспертизы повреждений у лиц с предшествующими заболеваниями имеет значение сопоставление локализации травмы, локализации предшествующего патологического процесса и жалоб. Поэтому был проведен анализ, который показал, что чаще (65%) жалобы потерпевших совпадают как с локализацией травматических воздействий (установленной в 59,1% по объективным признакам при освидетельствовании), так и с локализацией предшествующих заболеваний. В отдельных случаях (5,9%) также наблюдается совпадение всех этих трех показателей (жалобы, предшествующие заболевания и травма), но следов нанесенной травмы не обнаруживается. В остальных случаях отмечалось частичное совпадение или даже отсутствие

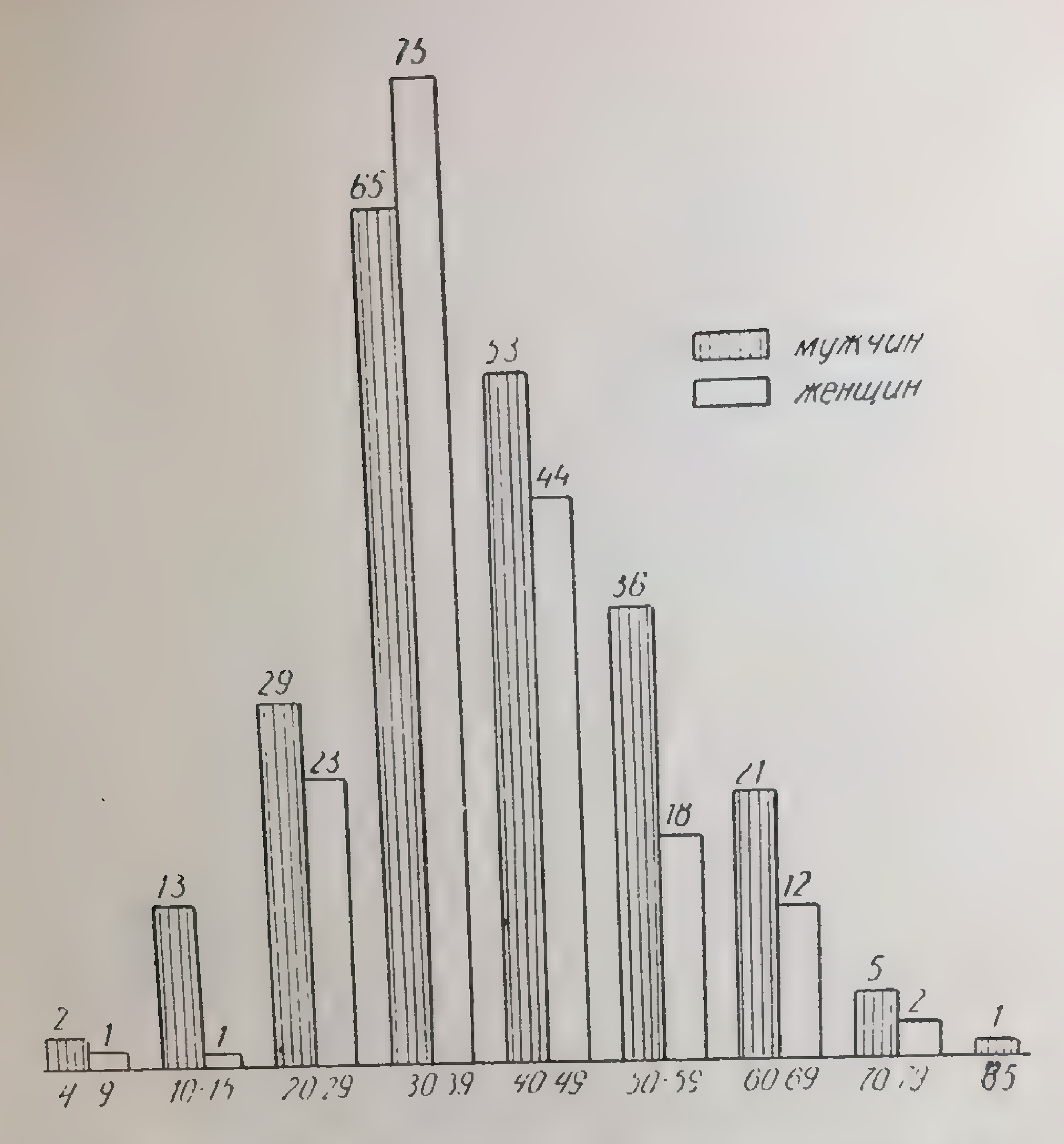


Рис. 1. Возраст и пол потерпевших с предшествующими заболеваниями при экспертизе тяжести телесных повреждений (в абс. числах)

совпадений, при этом нередко жалобы потерпевших могли быть вполне связаны с предшествующими заболеваниями, но не совпадали по локализации с анатомическими следами нанесенной травмы. Изучение локализации наружных повреждений, а при их отсутствии показаний потерпевших, куда им была нанесена травма, доказывает, что у 66,3% пострадавших причинялись травмы головы или лица. Анализ предшествующих заболеваний по системам организма (см. ниже) и преимущественной локализации их также показывает, что большинство (73,5%) предшествующих травме заболеваний локализуются в области головы и лица — заболевания центральной нервной системы, зубного аппарата, ЛОР-органов и органов зрения.

2. Возраст и пол потерпевших

Распределение потерпевших с предшествующими заболеваниями по возрасту в основном соответствует возрасту освидетельствованных по поводу травмы без предшествующих заболеваний. Предшествующие заболевания наблюдались у лиц в возрасте от 4 до 85 лет (рис. 1).

Наибольшее количество потерпевших относилось к молодому и среднему возрасту (от 20 до 50 лет), то есть наиболее частого контингента освидетельствованных по поводу телесных повреждений. Они составляли 72,3% всех потерпевших с предшествующими заболеваниями. Однако по полу, в отличие от обычного контингента освидетельствуемых с телесными повреждениями, более половины (56,2%) потерпевших с предшествующими заболеваниями составляли мужчины. Как это будет видно из дальнейшего анализа нозологических форм предшествующих заболеваний, указанное отличие объясняется тем, что ряд предшествующих заболеваний был связан с различными давними травматическими поражениями нервной системы (часть из них в период войны).

3. Распределение заболеваний по системам организма. Нозологическая характеристика

Удельный вес предшествующих заболеваний и дефектов различных систем организма представлен на следующей диаграмме (рис. 2).

Как видно из диаграммы, по удельному весу первое место (34%) занимают предшествующие заболевания нервной системы, второе (20%) — заболевания и дефекты зубной системы, затем заболевания ЛОР-органов (11,9%), органа зрения (7,6%), далее заболевания органов дыхания (6,5%), костей и суставов (5%), гинекологические заболевания (4,7%) и др. (10,3%).

Как уже отмечалось, нервные болезни больше всего встречаются при экспертизе телесных повреждений. В 40% случаев еще до травмы наблюдались остаточные явления после давних травм головного мозга, в 21,3% — неврозы (в том числе 18,4% после давних травм), в 8,8% — эпилепсия (в том числе 2,2% давней травматической этиологии). 19,9% составили существовавшие до травмы заболевания головного мозга нетравматичес-

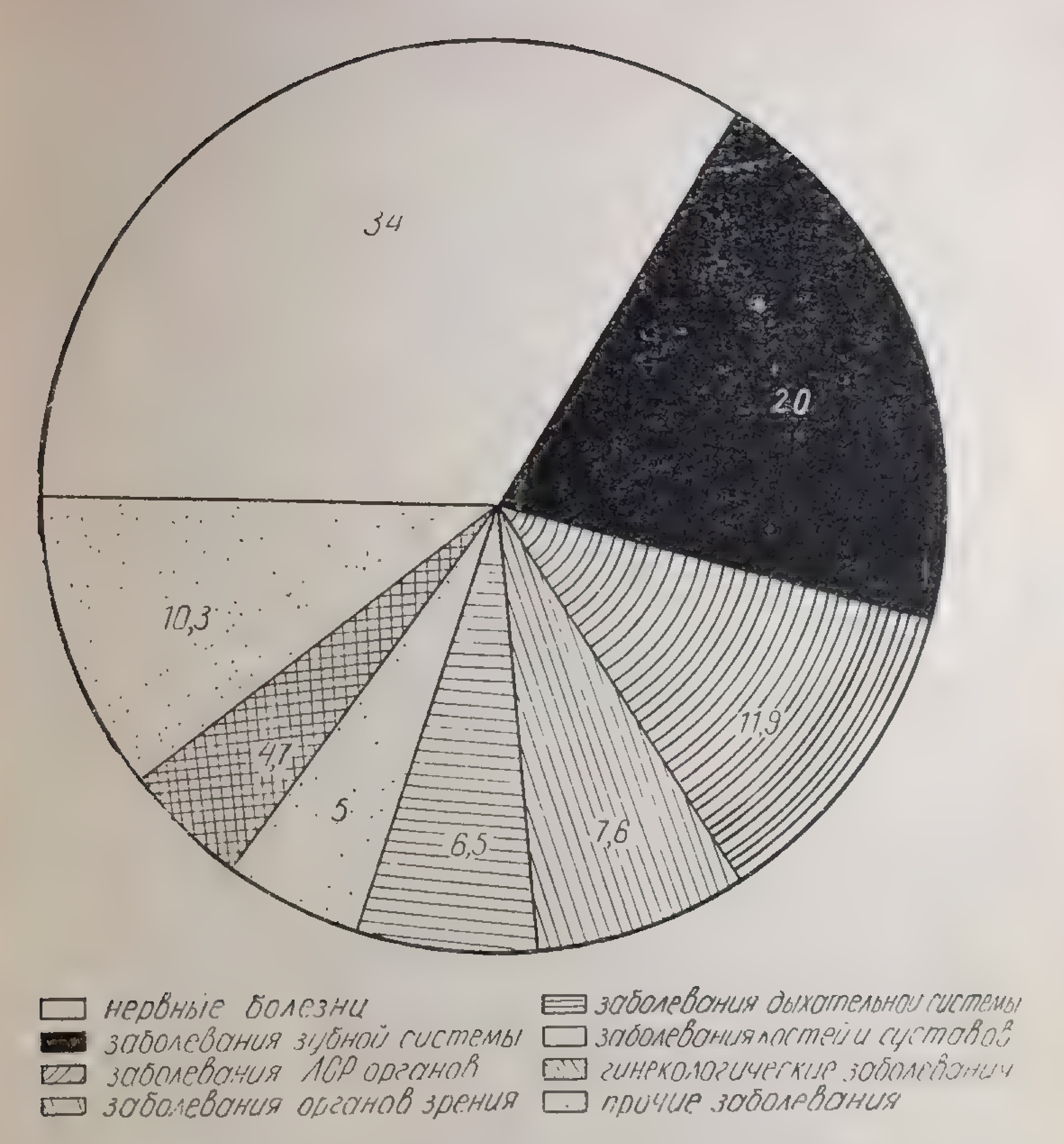


Рис. 2. Распределение предшествующих заболеваний по системам при экспертизе тяжести несмертельных повреждений (в процентах)

кой этиологии: воспалительные — 8,8%, сосудистые — 7,4% и психические болезни — 3,7%. В 9,6% случаев имели место прочие заболевания центральной и периферической нервной системы (в том числе невыясненной этиологии). Из изложенного следует, что на первом месте стоят остаточные явления после травмы головного мозга (ушибы, сотрясения), затем неврозы различного происхождения, включая неврастению.

Заболевания зубной системы, как уже отмечалось, занимают по частоте второе место при экспертизе телесных повреждений у лиц с предшествующи-

ми заболеваниями. Среди предшествующих заболеваний и дефектов зубной системы (80 случаев) наиболее часты — парадонтоз (37 случаев), затем дефекты зубных рядов (18 случаев). В одной трети случаев (25) наблюдаются заболевания отдельных зубов, главным образом кариозная болезнь.

Заболевания ЛОР-органов составляют 11,9% предшествующих заболеваний при экспертизе телесных повреждений. Это, как правило, заболевания и дефекты органа слуха (47 случаев); в трех случаях — прочие заболевания: опухоль гортани (2) и хронический гайморит (1).

Среди заболеваний органа слуха чаще всего наблюдаются предшествующие травме хронические отиты (32), реже — невриты слуховых нервов (5), тугоухость (4), серные пробки (2), заболевания наружного уха — стрептодермия (1). Таким образом, ослабление (или потеря) слуха на одно ухо, обнаруженное после травмы, может быть связано с предшествующими травме: хроническим катаром среднего уха, невритом слухового нерва, тугоухостью. При наличии хронического гнойного среднего отита травма области уха примерно в половине случаев приводила к его обострению и тем самым вызывала более тяжелый исход, не соответствующий характеру нанесенного повреждения.

Заболевания органа зрения. Наблюдались различные формы и степени аномалии рефракции (15), давние помутнения роговицы (5), хрусталика (4), врожденная колобома радужки (1), отсутствие глазного яблока (1), его атрофия (1), косоглазие (2), хронический дакриоцистит (1). Анализ этих случаев показывает, что обнаруженные нарушения зрения могут быть связаны с аномалиями развития или с заболеваниями, предшествующими травме: чаще близорукостью слабой или средней степени (9), реже дальнозоркостью (3), астигматизмом (3) и др.

При высокой степени близорукости, хроническом иридоциклите, а также глаукоме травма часто приводит к осложнениям и обострениям этих заболеваний и тем самым вызывает более тяжелый исход, не соответствующий характеру нанесенного повреждения. Но это не относится к прободным ранениям глаза, исходы которых не зависят от его предшествующего состояния. В наших

наблюдениях при астигматизме, близорукости, помутнениях роговицы, катаракте, конъюнктивите прободные ранения повлекли атрофию глазного яблока или необходимость его энуклеации.

Заболевания дыхательной системы. Среди предшествующих травме заболеваний дыхательной системы (26) чаще всего обнаруживается туберкулез (17), реже — состояния после давних ранений грудной клетки (3) и различные заболевания органов дыхания нетравматической этиологии — бронхиальная астма (2), хронический бронхит (2), пневмосклероз (1), опухоль легкого (1).

Заболевания костей и суставов. Среди предшествующих травме заболеваний костей и суставов в одной трети случаев (7 из 20) отмечались перенесенные в прошлом переломы: ребер (4), ключицы (2), голени (1). У двух потерпевших до травмы имелся спондилит. Наблюдались также деформирующие артриты (5), анкилозы коленного сустава (2), а также (по одному случаю) гонит, каменный бурсит, остеомиелит, костный шип.

Гинекологические заболевания выявлены у 19 женщин, которые были направлены для определения тяжести телесных повреждений. Среди этих заболеваний чаще наблюдались дисфункции яичников (8) и маточные кровотечения невыясненной этиологии (2). Две женщины в прошлом перенесли операции: Кесарева сечения (1) и в связи с внематочной беременностью (1). В остальных случаях отмечались хронические заболевания женской половой сферы: опухоли матки (3) и по одному случаю опухоли молочной железы, аднексита, кольпита, опущения влагалища.

Прочие болезни. В эту группу объединены болезни органов кровообращения (18) и органов пищеварения (14), а также единичные случаи предшествующих заболеваний различной этиологии и природы. Среди болезней органов кровообращения наблюдались: гипертоническая болезнь (4), атеросклероз (5), митральные пороки сердца (4), болезни вен нижних конечностей — тромбофлебит (3), варикозное расширение вен (2).

Среди заболеваний органов пищеварения имели место хронические болезни желудка (язвенная болезнь — 2); кишечника (грыжа — 3); выпадение прямой кишки — 1;

кровь в кале — 1; заболевания печени и желчных путей (гепатит — 2, холецистит — 1), а также состояния после давних операций брюшной полости (4). Наблюдались также тиреотоксикоз (4), пиэлонефрит (2), пониженная свертываемость крови (1) и серологически установленный сифилис (1).

Таким образом, у освидетельствованных по поводу телесных повреждений наблюдались предшествующие заболевания различной этиологии, природы и локализации. Как уже отмечалось, в большей части случаев локализация травмы и предшествующих патологических процессов совпадала. Это, как правило, вызывает необходимость изучения каждого конкретного случая последствий нанесенной травмы, а также характера предшествующих заболеваний. В связи с этим следует остановиться на некоторых особенностях врачебно-экспертной диагностики предшествующих заболеваний у получивших травму лиц.

4. Некоторые особенности врачебно-экспертной диагностики

Изучение повреждений у лиц с предшествующими заболеваниями показывает, что в начале освидетельствование проводится, как обычно принято в практике экспертизы несмертельных телесных повреждений, т. е. устанавливается локализация, объем, давность нанесенного повреждения и т. д. До составления заключения о тяжести телесных повреждений должно быть уделено специальное внимание диагностике предшествующего заболевания, его нозологической форме, стадии, этиологии (будь то аномалии развития, последствия давней травмы или нетравматическая болезнь).

Диагностика предшествующего заболевания обеспечивается комплексом, а не каким-то одним методом исследования. Сюда относятся:

а) распрос потерпевшего о том, где и когда он обследовался и лечился по поводу существовавших у него до травмы заболеваний и дефектов здоровья;

б) изучение документов из медицинских учреждений (амбулаторий, поликлиник, больниц), где обследовался и лечился потерпевший до травмы (включая резуль-

таты рентгенологических, лабораторных и других методов исследования);

в) освидетельствование потерпевшего судебным медиком совместно со специалистом лечебной медицины — невропатологом, стоматологом, отолярингологом, окулистом и т. д.;

г) дополнительные исследования (помимо врачебного осмотра) потерпевшего с применением рентгенографии, гистопатологических исследований удаленных при операции тканей и т. д. Так, например, в случаях пародонтоза большое экспертно-диагностическое значение имеет рентгенологическое исследование челюсти для выявления изменений альвеолярного отростка, в тяжелых случаях хронического гнойного среднего отита — рентгенография височной кости для обнаружения кариозного процесса ее участков, при энуклеации глазного яблока после травмы — его гистопатологическое исследование.

Следует подчеркнуть значение для судебно-медицинской диагностики предшествующих заболеваний жалоб потерпевшего. Они позволяют установить время возникновения предшествующего заболевания и медицинское учреждение, где обследовался и лечился потерпевший до получения травмы. Ввиду развития широкой сети специализированной медицинской помощи в городах и сельских районах судебный медик имеет возможность изучить результаты медицинских обследований потерпевшего до нанесения травмы и использовать эти данные при проведении судебно-медицинской экспертизы.

В итоге применения указанного комплекса исследований (следственных и клинических данных) обеспечивается, как правило, диагностика факта существования до травмы заболевания или дефекта, его нозологической формы, стадии (или степени), клинического течения, а также выявление (если они имеются) клинических симптомов обострения и осложнения болезни после травмы, сроков появления этих симптомов после ее нанесения, длительности обострения и т. д.

Таким образом, в практике экспертизы тяжести телесных повреждений определенный удельный вес занимают освидетельствования по поводу травмы у лиц с предшествующими заболеваниями и дефектами здоровья. Наблюдаются предшествующие заболевания различных систем организма, в первую очередь заболевания

нервной системы (34%), заболевания и дефекты зубной системы (20%), органов слуха, зрения и т. д. В большинстве таких случаев (65%) выявляются предшествующие заболевания с преимущественной локализацией патологического процесса, которая, по жалобам и результатам освидетельствования потерпевших, совпадает с местом приложения травматических воздействий и локализацией повреждений.

Экспертиза тяжести телесных повреждений у таких лиц вызывает на практике трудности при установлении механизма возникновения повреждений, их течения, исхода, а также при оценке тяжести повреждения, исходя из характера, локализации, объема обнаруженных расстройств как прямого результата нанесенной травмы.

Особенности судебно-медицинской диагностики и оценки телесных повреждений у лиц с предшествующими заболеваниями состоят в том, что, помимо обычных задач, возникает необходимость диагностики факта существования до травмы заболевания или дефекта здоровья, нозологической диагностики предшествующего заболевания, определение его стадии (степени) и преимущественной локализации патологического процесса. Решение этих вопросов обеспечивается комплексным путем: расспросом потерпевшего по поводу существовавших до травмы заболеваний, его освидетельствованием (обычно с участием соответствующего специалиста лечебной медицины), изучением документов из медицинских учреждений по месту прежнего обследования и лечения, а также дополнительными (помимо врачебного осмотра) исследованиями (рентгенографии, гистопатологическими исследованиями удаленных при операции тканей, осмотром вещественных доказательств и т. д.).

III. Повреждения зубо-челюстной области при наличии заболеваний зубной системы до травмы

При экспертизе телесных повреждений часто наблюдаются различные заболевания и дефекты зубной системы, предшествующие травме. По нашим данным, такие предшествующие заболевания выявляются почти в половине случаев (40,5%) экспертиз повреждений зубо-челюстной области и потери зубов после травмы.

У потерпевших с повреждениями зубо-челюстной области и наличием заболеваний зубной системы изучены обстоятельства, механизм и орудия нанесения травмы зубо-челюстной области, клиническая картина предшествующих заболеваний до нанесения травмы, клиническая симптоматика и исходы повреждений и предшествующих заболеваний после ее нанесения.

Выяснение обстоятельств и орудий нанесения травмы, клинической картины и исходов травмы проведено посредством:

а) расспросов потерпевших об их состоянии и жалобах до и после нанесения травмы, а также, где (учреждение) и когда они обследовались, лечились или проходили протезирование до получения травмы;

б) изучения медицинских документов (амбулаторий, поликлиник, больниц) о состоянии зубного аппарата до нанесения травмы, включая данные рентгенографических исследований;

в) освидетельствования потерпевших после травмы в большинстве случаев при консультативной помощи или совместно со стоматологом, включая проведение в половине случаев рентгенографических исследований, а также осмотры вещественных доказательств — удаленных зубов (в случаях их потери после травмы).

Следует подчеркнуть, что большинство экспертиз по-

вреждений у лиц с предшествующими заболеваниями и дефектами зубной системы проведено при личном участии автора или его консультативной помощи. Помимо первичных освидетельствований (у 74% потерпевших в первые три дня после травмы) проводились также освидетельствования в более поздние сроки — у половины потерпевших в сроки от нескольких дней до 1—2 месяцев после травмы.

1. Обстоятельства травмы. Характер и локализация повреждений

Изучение травм зубо-челюстной области у потерпевших с предшествующими заболеваниями зубной системы показало, что повреждения и потери зубов наблюдались преимущественно вне производства (82,7%). Травмы, нанесенные потерпевшим при выполнении ими служебных обязанностей (шоферы такси, сторожа, гардеробщики, милиционер), составили 17,3%.

Во всех случаях, кроме одного, повреждения причинялись ударами посторонней рукой. Чаще (73%) травмы наносились родственниками или знакомыми потерпевших, реже (27%) — незнакомыми людьми. Повреждения причинялись на улице (35,3%), в доме у потерпевших (31%), вблизи дома или во дворе (14,7%), в отдельных случаях (1,7%) — при нахождении потерпевших в гостях.

Травмы причинялись в различные времена года и в основном с одинаковой частотой: несколько чаще весной (27,6%) и осенью (27,6%), реже — зимой (19,5%).

По дням недели наибольшее количество травм причинялось в выходные дни (36,2%). Повреждения наносились, как правило, в нерабочее время суток — во второй половине дня, вечером (77,4%) или ночью (16,5%).

Травмы зубо-челюстной области не носили характера заранее подготовленных нападений, так как причинялись невооруженным человеком или случайными предметами, орудиями домашнего обихода. Травмы, наносимые невооруженным человеком, причинялись ударами рукой, кулаком (66,1%), ногой (1,7%), головой (7,8%), вследствие ударов лицом при падении от толчков (0,9%). В 22,6% случаев травмы причинялись случайными предметами и только в одном случае — кастетом.

В большинстве случаев (93,7%) при судебно-меди-

цинском освидетельствовании обнаруживались следы неданих наружных повреждений губ, щек, десен или прочих локализаций; в 4,3% случаев повреждения отсутствовали. В половине наблюдений (50,9%) травмы сопровождались повреждениями зубов, главным образом (45,7%) их потерей. Повреждения зубов (одного, реже двух, трех) чаще отмечались в верхней челюсти, реже — в нижней; более половины случаев составляли повреждения резцов. Тем самым в наблюдаемых нами случаях локализация поврежденных зубов, их число и место в зубном ряду совпадают с аналогичными данными А. Ф. Рубежанского (127) о травмах зубов без предшествующих поражений зубной системы.

2. Возраст и пол потерпевших

Заболевания и дефекты зубной системы, предшествующие травме зубо-челюстной области, имели место у лиц в возрасте от 20 до 66 лет. Распределение потерпевших по полу и возрасту представлены на следующей таблице.

Таблица 1

Распределение потерпевших с предшествующими заболеваниями зубной системы по полу и возрасту /в абс. числах/

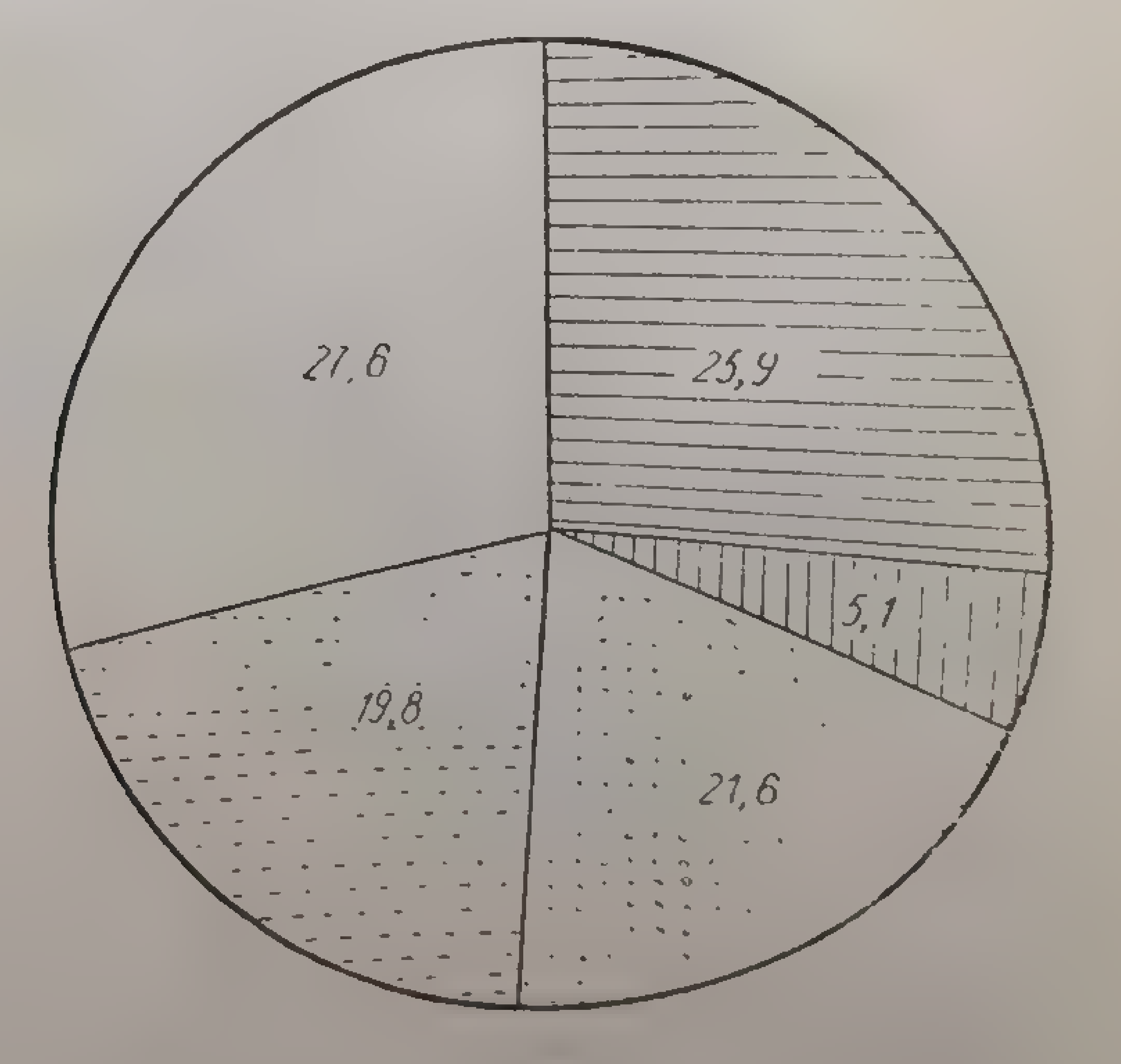
Предшествующие заболевания	пол		Всего	возраст				
	м	ж		20–29	30–39	40–49	50–59	60 и ст.
Пародонтоз	47	21	68	5	23	14	23	3
Дефекты зубных рядов	24	2	26	—	2	7	11	6
Кариес и др. заболевания зубов	17	5	22	2	9	7	4	—
Всего	88	28	116	7	34	28	38	9

Как видно из данных таблицы, значительное количество пострадавших составляют мужчины. Но это не может быть связано с тем, что у них наиболее часто встречается заболевание зубной системы. Это объясняется тем, что травмы лица, наносимые посторонней рукой, обычно невооруженной, довольно часто причиняются при бытовых конфликтах между мужчинами.

3. Клиническая характеристика предшествующих заболеваний

Заболевания и дефекты зубной системы являются одной из частых форм предшествующих заболеваний при экспертизе тяжести телесных повреждений. Как уже отмечалось, среди освидетельствованных нами лиц по поводу телесных повреждений и имевших до травмы различные заболевания, потерпевшие с предшествующими заболеваниями зубной системы составляют 20%, а среди общей массы освидетельствованных с повреждениями зубо-челюстной области — 40,5%.

Клиническая характеристика предшествующих заболеваний зубной системы у 116 освидетельствованных проводилась нами для целей судебной медицины, имея



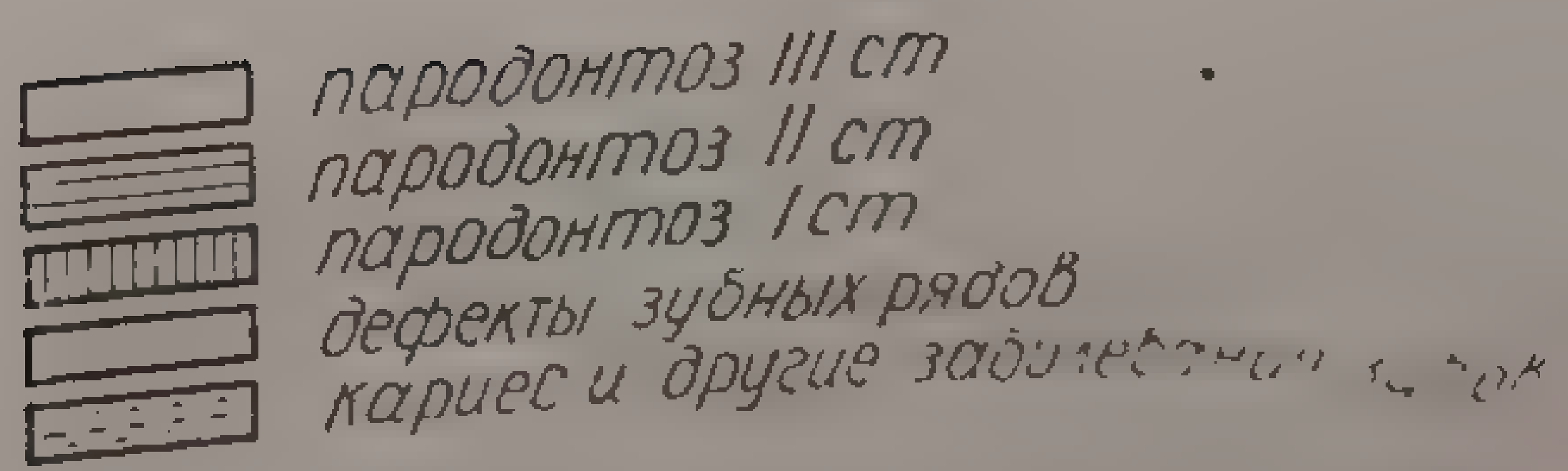


Рис. 3. Заболевания и дефекты зубной системы предшествующие травме зубо-челюстной области (в процентах)

в виду оценку тяжести телесных повреждений в соответствии с нормами действующего Уголовного законодательства. Для экспертизы тяжести повреждений у таких лиц важно выявление особенностей патогенеза и клиники предшествующих заболеваний, которые определяют выносливость болезненно измененных тканей зубо-челюстной системы по отношению к травме или, наоборот, их повышенную ранимость к травматическим воздействиям. Анализ предшествующих заболеваний и дефектов зубной системы показывает большое разнообразие нозологических форм болезней тканей и пародонта, их локализации, распространенности, стадий и степени развития.

Наблюдались заболевания пародонтозом различных стадий, дефекты зубных рядов, кариес и другие заболевания отдельных зубов (рис. 3).

Пародонтоз

П а р о д о н т о з — диффузное заболевание опорного аппарата зубов (пародонта), преимущественно дегенеративно-дистрофического характера. Проблема пародонтоза является одной из актуальных и сложных в стоматологии, и ей посвящено большое количество литературы. Только за последние годы по различным вопросам патогенеза, клиники и лечения пародонтоза опубликован и написан ряд монографий и диссертаций (А. Т. Бусыгин; Г. Н. Вишняк — 35, Г. А. Зедгенидзе и Р. С. Шилова-Механик; В. И. Кулаженко; Т. И. Лемецкая — 82, И. О. Новик — 96, Д. Свраков, Е. Л. Атанасова, D. Kazimierz и др.).

По данным названных и других авторов, в основе пародонтоза лежат дистрофические изменения пародонта, выражающиеся в прогрессирующей атрофии альвеолярного отростка с постепенной убылью костной ткани, воспалительно-дистрофических изменениях десен, затем в образовании глубоких десневых карманов, из которых часто выделяется гной. Эти изменения нарушают статику зубов, понижают устойчивость, что приводит к повышенной, так называемой, патологической подвижности зубов.

Д. А. Энтин описывает 3 степени патологической подвижности. I степень характеризуется легким раскачива-

нием зуба в одном губно (щечно)-язычном (вестибуло-оральном) направлении, II степень — видимое смещение зуба в двух направлениях: в губно (щечно)-язычном и боковом (вестибуло-оральном и мезиодистальном) и III степень — видимое смещение зубов в трех направлениях: губно (щечно)-язычном, боковом и вертикальном (вестибуло-оральном, мезиодистальном и вертикальном).

Как правило, патологическая подвижность зубов переходит от одной степени к другой по пути прогрессирования. При этом довольно часто наблюдается смещение и выдвижение зубов, появление промежутков между ними и веерообразное расположение их.

Клиническое течение и проявления пародонтоза разнообразны. Однако большинство авторов придерживаются деления клинической картины пародонтоза на две формы: дистрофическую и воспалительно-дистрофическую, развивающихся, по мнению одних, независимо друг от друга, по мнению других — последовательно. Дистрофическую форму рассматривают как скрытую, которая диагностируется в основном при рентгенографических исследованиях, а воспалительно-дистрофическую — как сопровождающуюся выраженной клинической симптоматикой. По глубине и степени развития обычно различают три стадии заболевания.

Распространенность пародонтоза еще недостаточно изучена, опубликованные данные не отражают истинной частоты этого вида заболеваемости среди населения (И. О. Новик — 96). Данные стоматологической литературы показывают, что пародонтоз среди обследуемых встречается довольно часто — от 18,8% (И. З. Озерян и Р. С. Шноль) до 69,8% (А. И. Евдокимов). По данным Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ), при проведенных американской ассоциацией зубных врачей обследованиях признаки пародонтоза выявились почти у всех взрослых, при этом у половины людей, сохранивших зубы к 50 годам, было отмечено их глубокое поражение. Многие авторы (Л. А. Билейкин; М. А. Бильдюкевич; А. И. Едиберидзе; В. Н. Кузнецов, А. М. Каминский, А. И. Лехтман; Л. М. Линденбаум и др.) подчеркивают прямую зависимость заболеваемости пародонтозом от возраста — более частое развитие его отмечается после 40—50 лет (А. И. Евдокимов). Хотя, например, Г. Н. Вишняк (35) обнаруживал пародонтоз у 23,1% об-

следованных школьников и студентов (в возрасте от 7 до 30 лет).

По вопросам этиологии пародонтоза имеется обширная литература, свидетельствующая о том, что это заболевание является полиэтиологическим. Среди причин развития пародонтоза указывают, в частности, на различные общие заболевания (эндокринной, сердечно-сосудистой систем, обмена веществ и др.). При этом особое внимание уделяют роли сосудистой патологии в возникновении остеодистрофического процесса в альвеолярном отростке челюсти (А. И. Евдокимов и Л. Рубин). Склеротические процессы в сосудах пародонта, как и в других тканях и органах, могут быть обусловлены перенесенными инфекционными заболеваниями, гипо- и авитаминозами (Н. В. Фетисов, Е. Д. Покотило) и другими, при которых наблюдаются поражения мелких сосудов.

По нашим данным, пародонтоз у освидетельствованных по поводу тяжести телесных повреждений при предшествующих заболеваниях наблюдался в 9,2% случаев, составляя 46,3% заболеваний и дефектов зубной системы, предшествующих травме зубо-челюстной области.

При изучении клинической картины пародонтоза в отобранных нами для анализа 68 случаях травмы зубо-челюстной области получены следующие результаты. Возраст освидетельствованных 24—66 лет, главным образом 35—56 лет. У потерпевших выявлены различные стадии пародонтоза, существовавшего до нанесения травмы — первая, вторая, третья. При этом чаще встречались воспалительно-дистрофические формы заболевания, реже — дистрофические.

П е р в а я с т а д и я пародонтоза наблюдалась у 6 потерпевших, из них у 5 — дистрофическая и только в одном случае — воспалительно-дистрофическая форма. При дистрофической форме диагноз был установлен путем рентгенографического исследования. Были найдены начальные дистрофические процессы альвеолярного отростка в виде убыли костных краев луночек в различной степени — от едва уловимой убыли до убыли на 1/4—1/3 длины корня. У одного освидетельствованного при первой стадии пародонтоза обнаружено воспаление десны, незначительная кровоточивость воспаленной части ее, незначительная подвижность зубов (1—2 степени).

Вторая стадия пародонтоза наблюдалась у 30 потерпевших: у 15 — дистрофическая и у 15 — воспалительно-дистрофическая форма. При дистрофической форме пародонтоза 2-й стадии наблюдалась атрофия и бледность тканей десны с обнажением корня зуба на 0,2—0,4 см; при воспалительно-дистрофической форме — воспаление и разрыхление края десны и с образованием глубоких (0,2—0,4 см) десневых карманов с выделением гноя. В этой стадии отмечалась подвижность зубов между 1 и 2-й степенями, а рентгенологически — выраженное оголение корней за счет убыли костных краев лунок на половину длины корня зуба.

Третья стадия пародонтоза наблюдалась у 32 освидетельствованных по поводу травмы зубо-челюстной области. Третья стадия вполне отвечала ранее популярному термину «альвеолярная пиорея», так как в большинстве случаев (28 из 32) сопровождалась не только гиперемией и отечностью десен, но и обнажением шейки зубов, второй и даже третьей степенью их подвижности и образованием глубоких десневых карманов с выделением из них гноя. В четырех случаях дистрофической формы отмечалась атрофия десен с обнажением шейки зубов и их значительной подвижностью (2 или 3-я степень). Рентгенологическим исследованием при 3-й стадии (независимо от клинической формы) выявилась значительная убыль костной ткани альвеолярного отростка на 2/3 и более длины корня зуба.

Таким образом, врачебно-экспертная диагностика предшествующих травме различных стадий и форм пародонтоза обеспечивается осмотром полости рта, зубов и зубных рядов (желательно при консультации или совместно со стоматологом) и рентгенографическим исследованием тканей пародонта. Рентгенологическое исследование в начальных стадиях пародонтоза, в частности первой стадии, протекающих в основном бессимптомно, является, по существу, единственным средством его диагностики.

В заключение следует остановиться на выносливости пародонта при различных формах и стадиях его по отношению к нагрузке и, что имеет особо важное значение для судебной медицины, по отношению к травматическим воздействиям в зубо-челюстной области.

Значение этого вопроса вытекает из высокой статико-

динамической способности к восприятию и нейтрализации давления пародонта с нормальной реактивностью. Нормальная реактивная способность пародонта весьма высока, но при понижении ее нарушается трофика, возникает перегрузка, сдавление, а затем и сплющивание тканевых элементов пародонта. При пародонтозе за счет атрофии края лунки, гибели соединительной ткани волокон, поддерживающих зуб, и расширения периодонтальной щели нарушается целость тканей пародонта. Вместе с этим значительно снижается функциональная способность зубов к восприятию давления, нормальная жевательная нагрузка становится для них чрезмерной и в результате понижения реактивной способности пародонта появляется патологическая подвижность зубов. Каждый зуб в отдельности представляет рычаг первого рода, где рабочим рычагом служит коронковая часть, а рычагом сопротивления — корневая часть. Таким образом, с появлением убыли костной ткани лунки увеличивается рабочий рычаг и уменьшается рычаг сопротивления. Этим объясняется возникновение травматической окклюзии, при которой нормальная нагрузка на зуб действует разрушающе.

С точки зрения повышенной ранимости зубного аппарата при пародонтозе чаще всего значение имеют не столько формы, сколько стадии пародонтоза, так как в зависимости от них находится выносливость пародонта по отношению к нагрузке и, разумеется, к травматическим воздействиям. Следует отметить, что изменения выносливости пародонта к давлению и нагрузке уже давно изучаются в стоматологии, в частности методом гнатодинамометрии, предложенным в 1893 г. Блеком (В. Ю. Курляндский — 77) с последующим усовершенствованием другими авторами.

Оценивая функциональное состояние пародонта при разной степени поражения, Курляндский (78) отмечает, что при 1-й и 2-й степенях поражения пародонта функциональной недостаточности не возникает, а при переходе от 2-й степени поражения к 3-й и при большем поражении наблюдается состояние функциональной недостаточности.

Дефекты зубных рядов

Дефекты зубных рядов заключаются, как известно, в отсутствии отдельных зубов на верхней или нижней челюсти и могут иметь различное происхождение. Они возникают в результате перенесенных травматических и хирургических экстракций по поводу ряда заболеваний зубов и челюстей и др. При дефекте зубного ряда развиваются, как правило, качественные изменения зубо-челюстной системы, в результате чаще всего поступательно нарастает ее разрушение, приводящее в большинстве случаев к полной потере зубов. Эти нарушения связаны с изменением функционального состояния зубного ряда, постепенным созданием условий для перегрузки опорного аппарата и нормальной статики соседних зубов в форме конвергенции их коронок, смещения соседних зубов в сторону дефекта и расширения межзубных промежутков. Изменяется и опорный аппарат антагонистов отсутствующих зубов на противоположном зубном ряду. Как известно, в пародонте и пульпе зубов, лишенных антагонистов, происходят атрофические процессы. Костные оболочки спонгиозного слоя истончаются и утрачивают типичную функциональную структуру. В компактной пластинке альвеолярного отростка обнаруживаются резорбирующие процессы. В пульпе зуба имеет место сетчатая атрофия.

М. И. Грошиков отмечает, что при потере зуба-антагониста ширина периодонтальной щели уменьшается до 0,1—0,15 мм по сравнению с нормой (0,2—0,25 мм) в результате сокращения толщины периодонта.

К. Попов указывает на образование эластических волокон в тканях периодонта при повышенной нагрузке зубов. В итоге зубы, лишенные антагонистов, смещаются вертикально, оголяется корень. Они становятся подвижными и постепенно выпадают. Таким образом, как отмечает В. Ю. Курляндский (76, 77, 78), при нарушении целости зубных рядов возникают дистрофические изменения в пародонте, что приводит к локальным поражениям опорного аппарата зубов, к развитию так называемых сходных с пародонтозом форм заболевания (пародонтопатии).

При наличии протезов эти изменения в какой-то степени предотвращаются. Мостовидные протезы, как из-

вестно, имеют много положительных сторон, так как почти полностью восстанавливают утерянную функциональную ценность зубо-челюстной системы, обладают идеальной фиксацией и стабилизацией, занимают минимальное поле и не нарушают ощущений в полости рта. Однако само протезирование не безразлично для зубо-челюстной системы и, в частности, для состояния пародонта опорных зубов-носителей протеза. Пародонт опорных зубов-носителей протезов, особенно при некачественном протезировании и за счет перегрузки, постепенно лишается резервных сил, работает на пределе своих возможностей, что, в свою очередь, способствует развитию пародонтопатии этих зубов.

А. И. Бетельман (11) указывает, что каждый протез какой бы совершенной конструкции он ни был, оказывает вредное влияние на ткани полости рта. «Только те протезы, которые выполнены при полном соблюдении показаний к их постановке, при точном исполнении и тщательной отделке, могут выполнять свое назначение без вреда для носящего их человека. В противном случае они вызывают не только катаральные и язвенные гингивиты и стоматиты, а также периодонтиты и альвеолярную пиорею, но могут вызвать и более тяжелое заболевание, как-то: некрозы твердого неба, периоститы и остеомиелиты челюстей» (К. Г. Митрофанова).

А. И. Бетельман (12) подчеркивает, что «постоянная перегрузка опорных зубов мостовидным протезом вредно действует на их устойчивость. Вследствие чрезмерной работы опорных зубов уменьшается специфическая способность перицемента превращать вредное давление в безвредное и возникает патологическая подвижность этих зубов».

И. В. Ушаков, например, на основании обследования 174 лиц, пользующихся несъемными протезами от 1 года до 25 лет, установил у них осложнения в виде расшатывания и гибели опорных зубов с нередким расшатыванием и зубов-антагонистов. «Главным недостатком несъемных протезов является расшатывание и гибель опорных зубов вследствие перегрузки. Нередко наблюдается расшатывание зубов-антагонистов». При этом отмечаются «...выраженные изменения, заключающиеся в подвижности зубов с образованием патологических десневых и костных карманов».

На потерю зубов у лиц, пользовавшихся протезами от 2 до 10 лет, указывает также А. А. Кузнецова, которая при обследовании 74 человек отметила, что у 56 из них было удалено от одного до 8 зубов.

Следует подчеркнуть, что хотя при пародонтопатии поражаются только отдельные участки опорного аппарата зубов, а не весь зубной ряд (как это бывает при пародонтозе), клиническая симптоматика и рентгенологические данные в месте пораженного участка по степени развития пародонтопатии в основном соответствуют пародонтозу. Поэтому при характеристике степени локальных поражений опорного аппарата зуба с точки зрения выносливости, ранимости пораженного зуба (зубов) по отношению к травматическим воздействиям, пародонтопатии приравниваются к стадиям пародонтоза

По нашим данным, предшествующие дефекты зубных рядов у освидетельствованных с предшествующими заболеваниями наблюдались в 4,5% случаев, составляя 22,5% среди всех заболеваний и дефектов зубной системы, предшествующих травме зубо-челюстной области.

При изучении клинической картины нарушений целостности зубных рядов (25 наблюдений) получены следующие результаты. Возраст освидетельствованных — от 39 до 63 лет, главным образом 40—59 лет. У потерпевших дефекты зубных рядов были без наличия протезов (16) или возмещены протезами (9).

У лиц с дефектами зубных рядов без наличия протезов, как правило, отсутствовали многие зубы, что еще задолго до травмы явилось причиной развития пародонтопатии оставшихся зубов, которая наблюдалась у 10 из 16 потерпевших с дефектами зубных рядов без наличия протезов. Сопоставления пораженных пародонтопатией зубов с локализацией отсутствующих зубов показали, что причиной пародонтопатии в большинстве случаев было одновременное отсутствие зубов-антагонистов и соседних зубов. Во всех случаях пародонтопатии имелась значительная подвижность пораженных зубов, соответствуя по степени локального поражения пародонта третьей стадии пародонтоза. У 9 потерпевших до травмы были дефекты зубных рядов и мостовидные протезы (в единичных случаях консольные), у 7 из них отмечалась пародонтопатия опорных зубов-носителей протеза. При этом степень локального поражения также соответ-

ствовала третьей стадии пародонтоза. Следует подчеркнуть, что из двух случаев, где пародонтопатия отсутствовала, только в одном отсутствовала пародонтопатия опорного зуба-носителя мостовидного протеза, а в другом был полный протез при наличии беззубых челюстей.

Кариес и другие заболевания зубов

Существуют различные формы нарушения целостности твердых тканей зубов — кариес, дефекты в связи с трепанацией и пломбированием пульповой камеры, различные степени стертости зубов, дефекты эмали и пр. Среди этих форм главное место занимает кариозная болезнь.

Кариес или кариозная болезнь — заболевание, в основе которого лежит поражение твердых тканей зуба, проявляющееся постепенным разрушением их и образованием в зубе дефекта в виде полости. Проблема кариеса является одной из актуальных в стоматологии и ей уделяется много внимания. По различным вопросам патогенеза, клиники и лечения кариозной болезни опубликован и написан ряд монографий и диссертаций (Я. И. Гутнер и Р. Ревидцева; Н. А. Кодола и Е. В. Удовицкая; И. Г. Лукомский (86); И. О. Новик (95); Л. И. Пилипенко; G. V. Black и др.).

Кариес может поражать различные слои зуба — эмаль, дентин, цемент. Клинически различают острый и хронический кариес. При диагностике кариеса основное внимание обращается на объем, глубину поражения зуба (поверхностный или глубокий кариес). Основные симптомы кариеса выражаются вначале в изменении цвета эмали, в форме пятна, в появлении в этом участке ее шероховатости с образованием дефекта и полости в ткани зуба различной величины и глубины. По глубине поражения различают следующие стадии: стадию пятна, поверхностный, средний и глубокий кариес (Н. А. Кодола, Е. В. Удовицкая).

Дефекты зубных тканей при кариесе возникают на жевательной, язычной и других поверхностях зуба. Наибольшую трудность для диагностики представляет кариес в пришеечной части коронки зуба на апроксимальной поверхности. В этих случаях обнаружению скрытого кариозного дефекта помогает рентгенологическое ис-

следование. Наконец, с точки зрения клинического течения различают простой (неосложненный) кариес и осложненный.

Кариес зубов является распространенным заболеванием. По данным литературы (И. Г. Лукомский — 84 и др.), при обследованиях он обнаруживается у 90% взрослого населения. По данным Н. И. Агапова, М. М. Киселевой и Н. П. Сафроновой и др., кариозную болезнь отмечали у 40—80% детей.

Процент поражаемости населения неодинаков в различных районах страны. Это связано с тем, что в этиологии кариозной болезни определенное место занимают внешние факторы — характер и режим питания, его полноценность в отношении минерального состава, витаминов, белков (И. Г. Лукомский — 84, А. Э. Шарпенак; А. Э. Шарпенак, В. Р. Кобылева, Л. А. Горожанкина и Е. В. Александрова).

Важно также географическое расположение места проживания людей. Массовые обследования, проводимые в нашей стране и за рубежом, позволили установить прямую зависимость заболеваемости кариесом зубов от содержания в питьевой воде кальция, магния и особенно фтора (Р. Д. Габович и Г. Д. Овруцкий; Я. И. Гутнер, А. И. Евдокимов, Л. Рубин и А. Рывкинд; И. Г. Лукомский — 85, Л. И. Пилипенко; Б. С. Руснак; Б. С. Руснак и И. И. Бергер), отчасти содержания йода, о чем говорит более частое возникновение кариеса зубов у больных базедовой болезнью (Л. П. Григорьева).

Так, например, в Молдавии Б. С. Руснаком установлено значительное повышение заболеваемости кариесом зубов, особенно в тех районах республики, где в питьевых водах имеется низкое содержание фтора (в том числе в районе города Кишинева). Л. А. Бушан отметила довольно высокий процент поражения зубов кариесом среди рабочих Полиграфкомбината и завода «Виброприбор» г. Кишинева. По данным Д. И. Тельчарова, поражаемость кариесом среди дошкольников г. Кишинева составляет 55,1%.

Многие авторы (Л. А. Гильман и М. М. Киселева; Н. А. Кодола и Е. В. Удовицкая; Я. М. Криницкий и С. В. Петров; И. Г. Лукомский — 84 и др.) указывают на связь кариеса с общим состоянием организма. Так, И. Г. Лукомский отмечает пораженность кариесом в два

раза больше у больных туберкулезом, рахитом, экссудативным диатезом. Л. А. Гильман и М. М. Киселева установили, что кариес встречается больше у лиц, чаще болевших гриппом, ангиной, катаром верхних дыхательных путей, инфекционными заболеваниями, пороком сердца ревматического происхождения и пр. О. Г. Латышева-Рабин установила, что у детей при ревматизме, независимо от формы и тяжести, наблюдается более частое поражение зубов кариесом по сравнению с не болевшими детьми (у 75% обследованных).

В заключение остановимся на выносливости (прочности) зубов при кариесе и других заболеваниях зубов к нагрузке, что имеет особенно важное значение для судебной медицины по отношению к травматическим воздействиям в зубо-челюстной области. Еще А. А. Вырубова в 1892 году писала, что меньшая прочность зубов «...зависит от врожденных или унаследованных аномалий структуры составляющих их твердых тканей». На то, что целость болезненно измененных зубов может нарушаться без применения значительной силы даже во время разжевывания твердой пищи, указывал А. Г. Маслов. Он наблюдал перелом коронки зуба у женщины, пытавшейся раскусить косточку сливы. Дело в том, что изменения и отсутствие части твердых тканей зубов при кариозной болезни после давних трепанаций и т. п. снижают прочность этих зубов к различным травматическим воздействиям.

С точки зрения повышенной ранимости зубов при кариесе и других заболеваниях твердых тканей зуба с нарушением их целости главное значение имеет глубина и локализация поражения, так как в зависимости от них находится выносливость (прочность) зубов по отношению к нагрузке и, разумеется, к травматическим воздействиям.

В наших наблюдениях предшествующие заболевания и дефекты твердых тканей отдельных зубов (23 наблюдения) представлены в форме кариозной болезни, реже — состояния после проведенных до травмы трепанаций с пломбировкой пульповой камеры.

Постоянные зубы были поражены кариозной болезнью в соответствии с возрастом потерпевших: обычно один, два, реже три зуба, в единичных случаях — большее количество. Чаще наблюдался кариес на верхней

челюсти, реже — на нижней или на обеих челюстях одновременно. Глубокий кариес имел место у 14 потерпевших из 17, у 3 — поверхностный. Отмечались неосложненные формы кариозной болезни и только в одном случае глубокий кариес сопровождался хроническим периодонтитом пораженного зуба. По месту в зубных рядах кариесом были поражены различные зубы, несколько чаще резцы.

Предшествующие состояния после проведенных до травмы трепанаций зуба с пломбировкой пульповой камеры наблюдались в 5 случаях. Во всех случаях трепанации подвергались по одному из передних зубов на верхней челюсти. Диагностика этих предшествующих состояний обеспечивалась, главным образом, осмотром потерпевших и рентгенологическим исследованием поврежденного зуба. На рентгенограмме хорошо видны запломбированная полость и пульповая камера.

Нами наблюдалась в одном случае стертость зубов, которая выдавалась свидетельствуемыми за последствия травмы. Стертостью были поражены центральные резцы на верхней челюсти и стирание затронуло зубной канал.

4. Общие данные об исходе и тяжести повреждений

Общие данные, характеризующие исходы повреждений и их тяжесть по УК РСФСР, Молдавской ССР и большинства других союзных республик, представлены в табл. 2.

Как видно из табл. 2, более половины наших наблюдений (63 из 116) относится к травмам зубо-челюстной области без потери зубов, но и травмы с потерей зубов не представляют редкости, особенно травмы при наличии кариеса и других заболеваний отдельных зубов. Судебно-медицинская оценка тяжести повреждений с учетом происхождения потери зубов (от травмы или на почве предшествующего заболевания) показывает, что большинство повреждений относилось к легким телесным повреждениям, не повлекшим расстройства здоровья.

Приведенные общие данные об исходе и тяжести повреждений получены в итоге всего исследования и разра-

Таблица 2

Исходы травмы и тяжесть повреждений при наличии предшествующих заболеваний зубной системы

Предшествующие заболевания	Исходы травмы		Всего	Тяжесть повреждений по УК			
	с потерей зубов	без потери зубов		менее тяжкие	легкие с расстройством здоровья	легкие	отсутствие повреждений
Пародонтоз	23	45	68	4	13	46	5
Дефекты зубных рядов	13	12	25	—	1	23	1
Кариес и другие заболевания зубов	17	6	23	—	5	18	—
	53	63	116	4	19	87	6

ботки экспертных критериев к оценке потери зубов после травмы (глава IV) и к оценке повреждений зубо-челюстной области без потери зубов (глава V).

IV. Экспертные критерии к оценке потери зубов после травмы

Потеря зуба или зубов — одно из основных расстройств зубной системы, которое может быть как травматического, так и нетравматического происхождения. Соответственно с этим потеря зуба (зубов) у лиц с предшествующими заболеваниями зубной системы может наступить под влиянием травмы или только совпадать с ней по времени.

Причинами травматической потери зубов могут быть повреждения различного характера и объема. Основными формами повреждений, сопровождающихся потерей зуба, являются травматическая экстракция зуба, его перелом, полный травматический вывих. Об этом пишут как судебные медики, так и стоматологи.

Травматическая экстракция — это полное отделение зуба, наступающее при нанесении травмы. При переломе в костной лунке остается часть зуба (например, корень); различают переломы коронки зуба, шейки, корня. Как уже отмечалось, в судебно-медицинском отношении под «потерей» зуба понимают его переломы различной локализации (А. Ф. Рубежанский).

К потере зуба также относят и полный травматический вывих его (Н. П. Пырлина — 122, А. Ф. Рубежанский — 130), что находит свое обоснование в характере и исходе этого вида повреждения (Г. А. Васильев). При полном травматическом вывихе происходит нарушение связи зуба и его сосудисто-нервного пучка с опорным аппаратом поврежденного зуба и смещением корня за пределы его лунки. Правда, вскоре после полного травматического вывиха зуба возможно его вправление, укрепление в правильном положении и его приживление. Но в большинстве случаев «при полных вывихах зуба

происходит разрыв сосудисто-нервного пучка, входящего в пульпу и, следовательно, ее омертвение. Поэтому, во избежание возникновения в дальнейшем околоверхушечного воспалительного процесса, вывихнутый зуб через некоторое время после стихания явлений травматического перицементита (3—4 недели) необходимо трепанировать, извлечь из него омертвевшую пульпу» (Г. А. Васильев). Тем самым, при полном травматическом вывихе исход травмы приводит либо к потере зуба из-за вынужденной хирургической экстракции, либо к сохранению его, но опять-таки посредством хирургического лечения (трепанация с последующей пломбировкой пульповой камеры).

Судебно-медицинская оценка тяжести повреждений, повлекших потерю зуба, проводится по исходу травмы. Как уже отмечалось, степень тяжести таких повреждений зависит от количества потерянных зубов и от их места в зубном ряду (резцы или нерезцы). В отношении критериев для определения тяжести повреждений при потере зубов после травмы у лиц с предшествующими заболеваниями зубной системы указания в судебно-медицинской литературе и «Правилах» к УК некоторых союзных республик отрывочны и кратки.

Потери зубов после травмы зубо-челюстной области (53 наблюдения) представлены в табл. 3.

Таблица 3

Число потерянных зубов и их место в зубных рядах

Зубные ряды	Число потерянных зубов				Всего	Место в зубном ряду		
	1	2	3	4-9		резцы	не резцы	их сочетание
Верхний	20	9	4	5	38	22	9	7
Нижний	6	3	2	—	11	8	3	—
Одновременно верхний и нижний		2	1	1	4	1	2	1
Всего	26	14	7	6	53	31	14	8

Как видно из данных табл. 3, чаще происходила потеря зубов верхней челюсти, реже — нижней, в единичных случаях — одновременная потеря зубов и верхнего

и нижнего зубных рядов. Обычно наблюдалась потеря одного, двух, реже — большего числа зубов, В большинстве случаев имела место потеря только резцов, реже — в сочетании с другими зубами.

Изучение происхождения потери зубов после травмы у лиц с предшествующими заболеваниями зубной системы показывает, что для оценки тяжести повреждений в таких случаях необходимо установить механизм потери зуба, роль в его потере нанесенной травмы и предшествующего заболевания. Механизмы потери зубов у лиц с предшествующими заболеваниями зубной системы бывают различны. Когда ведущую роль в потере зуба играют травматическое воздействие, характер нанесенного повреждения, тогда, несмотря на наличие предшествующих заболеваний, следует говорить о потере «полноценных» зубов. В других — потеря зубов главным образом связана с предшествующим патологическим процессом, а не с травмой, и тогда потерянные зубы не могут быть квалифицированы в качестве «полноценных» до нанесения травмы.

1. Травматическая потеря полноценных зубов при пародонтозе и кариесе

В «Правилах» к УК Азербайджанской, Армянской, Грузинской, Латвийской, Эстонской, Белорусской, Казахской и Киргизской республик имеются указания о травматической потере зуба или зубов как критерия для оценки тяжести повреждений по исходу, однако подчеркивается, что имеется в виду потеря «полноценных» зубов.

Очевидно, что к «полноценным» зубам в первую очередь относятся зубы у потерпевших, которые до травмы не имели ни заболеваний, ни дефектов зубной системы. Что же касается потери зубов после травмы у лиц с предшествующими заболеваниями зубной системы, то при оценке тяжести повреждений у таких потерпевших возникает ряд вопросов: во всех ли случаях потерю зубов у них после травмы нельзя квалифицировать как потерю «полноценных» зубов? Когда возможна такая квалификация? Какими экспертными критериями при этом следует руководствоваться?

Потеря «полноценных» зубов вследствие травмати-

ческой экстракции, перелома зуба, полного травматического вывиха наблюдалась нами при наличии до травмы пародонтоза или кариозной болезни, а в одном случае при дефектах зубного ряда и наличии мостовидного протеза.

Пародонтоз. По данным стоматологии, при пародонтозе начальных стадий (I, II), пародонт каждого зуба и в целом опорный аппарат зубов сохраняют значительную выносливость, не сопровождаясь функциональной недостаточностью. Это получает отражение как в клинической симптоматике, так и в анатомических изменениях пародонта.

По нашим данным, при пародонтозе I и даже II стадии механизмы травматической экстракции зуба, его перелом или полный травматический вывих, течение и исход этих повреждений не отличаются от течения и исхода таких же повреждений у лиц, не имевших до травмы пародонтоза. В самом деле, при пародонтозе II стадии полный травматический вывих двух и даже четырех зубов сопровождается симптомами, характерными для этой формы повреждений. Происходит разрыв тканей, укрепляющих поврежденные зубы в альвеоле, и смещение их корней за ее пределы. При освидетельствовании отмечается подвижность значительная (во все стороны) поврежденного зуба, который фиксируется только мягкими тканями. То же происходит и при травматической экстракции зуба (зубов) при начальных стадиях пародонтоза, когда связь поврежденного зуба с мягкими тканями нарушается полностью и происходит отделение зуба. При освидетельствовании рентгенографическим исследованием обнаруживаются свободные от зубов лунки — признаки свежей экстракции; в более поздние сроки отмечается частичная или даже полная оссификация лунки.

Перелом зуба при пародонтозе I и II стадии, безусловно, следует квалифицировать как потерю полноценного зуба. Сам факт возникновения перелома зуба при этих стадиях пародонтоза как бы подчеркивает значительную выносливость пародонта, хорошую фиксацию поврежденного зуба его опорным аппаратом, обеспечивает выносливость зубного аппарата не только к обычной физиологической нагрузке, но даже к резким травматическим воздействиям, приводящим к перелому зуба, плотно фиксированного в пародонте.

Для иллюстрации приведем два наблюдения травма-

ческой потери полноценных зубов при первой и второй стадиях пародонтоза.

Наблюдение 1. Гр-н Ч., 32 лет, электросварщик. 14.X.1962 г. в 22 часа сосед бил его руками по лицу. Освидетельствование 15.X. Результаты освидетельствования. Жалобы на потерю трех передних зубов (резцов $\overline{21 | 1}$) Объективно: на слизистой оболочке нижней губы три ссадины размером 0,5×0,2 см; 0,5×0,3 см и 0,6 × 0,4 см и кровоподтек сине-красного цвета размерами 0,6×0,5 см. На слизистой оболочке десны соответственно $\overline{21 | 1}$ кровоподтек. Отсутствие $\overline{1 |}$ зуба и свежая ранка на месте его, перелом $\overline{2 | 1}$ зубов на уровне шейки. Слизистая оболочка десны бледная, атрофичная, с обнажением шейки зубов на 0,2 см.



Рис. 4. Травматическая потеря зубов при пародонтозе I ← (рентгенограмма). Свободная лунка $\overline{1 |}$, корни $\overline{2 | 1}$; горизонтальная убыль костных краев лунок на 1/4 длины корня. *Наблюдение 1.*

16.X. на рентгенограмме (рис. 4) — в лунках $\overline{2 | 1}$ зубов видны их корни, лунка $\overline{1 |}$ зуба свободная, глубокая. В альвеолярном отростке нижней челюсти имеется горизонтальная убыль костных краев лунок на 1/4 длины корня.

Диагноз. Перелом $\overline{2|1}$, травматическая экстракция $\overline{1|}$, пародонтоз I, дистрофическая форма.

Заключение. Травматическая потеря трех полноценных резцов на нижней челюсти (перелом двух и экстракция одного) относится к менее тяжким телесным повреждениям, как повлекшим значительную (15%) утрату трудоспособности. Предшествующее заболевание зубной системы (пародонтоз 1) не могло повлиять на исход травмы.

Наблюдение 2. Гр-н В., 24 лет. 12.V.63 г. в 23 часа на улице незнакомый нанес ему удар кастетом по лицу. Освидетельствования 14 и 15.V.

Результаты освидетельствования. 14.V, жалобы на потерю трех зубов на верхней челюсти. Объективно: на правой щеке кровоподтек темно-фиолетового цвета размером 4 × 2 см, на слизистой оболочке верхней губы ссадина размером 2,5 × 0,2 см, на слизистой оболочке нижней губы ссадина 1 × 1 см и кровоподтек темно-красного цвета 2 × 2 см. Отсутствие $\underline{|345}$ зубов, свежие ранки на месте их. Слизистая оболочка десен отечна, синюшна, разрыхлена, с патологическими карманами глубиной более 0,2 см, при надавливании десна кровоточит, из карманов выделяется гной. Зубы с обильным отложением зубного камня, имеется подвижность зубов 1—2 степени.

13.V на рентгенограмме — в лунке $\underline{|4}$ зуба виден корень, лунки $\underline{|35}$ зубов свободные, глубокие. В альвеолярном отростке верхней челюсти имеется горизонтальная убыль костных краев лунок на 1/3—1/2 длины корня (рис. 5).

15.V на правой щеке кровоподтек синеватой окраски с зеленоватым оттенком по периферии и кровоподтек бледно-красного цвета на слизистой оболочке нижней губы.

Диагноз. Перелом $\underline{|4}$ зуба, травматическая экстракция $\underline{|3\ 5}$ зубов, пародонтоз II стадии, воспалительно-дистрофическая форма.

Заключение. Травматическая потеря трех полноценных зубов (нерезцов) на верхней челюсти (перелом одного и экстракция двух) относятся к легким телесным повреждениям, повлекшим незначительную (5%) утрату трудоспособности. Предшествующее заболевание зуб-

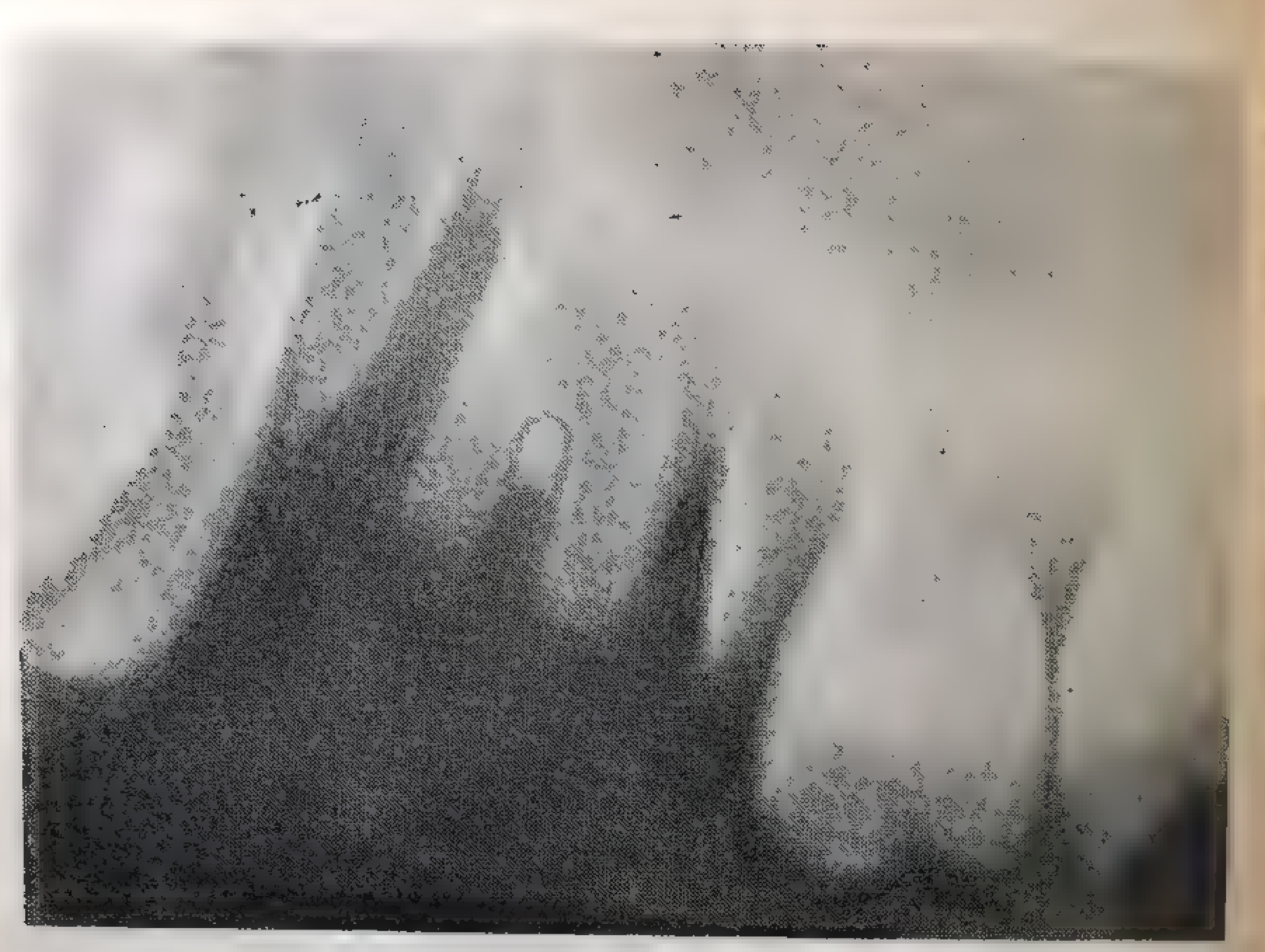


Рис. 5. Травматическая потеря зубов при пародонтозе II (рентгенограмма). Свободные лунки | 35 Корень | 4; горизонтальная убыль костных краев лунок на 1/3—1/2 длины корня. *Наблюдение 2.*

ной системы (пародонтоз II) не могло повлиять на исход травмы.

В приведенных наблюдениях травматическая потеря полноценных зубов наступила при наличии пародонтоза I и II стадии до травмы. Следует подчеркнуть, что в этих случаях травматическая потеря зубов была результатом перелома одних зубов, травматической экстракцией других. Сам факт возникновения перелома зубов свидетельствует о достаточной прочности пародонта. Поэтому наступление перелома зубов при наличии пародонтоза I или II стадии до травмы позволяет квалифицировать такие случаи как потерю полноценных зубов.

Кариес зубов. При наличии кариозной болезни до травмы механизм потери пораженных зубов после травмы, в отличие от потери зубов при пародонтозе I или II стадии, может быть различным. При наличии кариеса может быть потеря как «полноценных», так и «неполноценных» зубов (см ниже).

Потерю измененных кариесом зубов вследствие их травматической экстракции или полного травматическо-

го вывиха, по нашему мнению, следует рассматривать как потерю «полноценных» зубов. В наблюдаемых случаях травматическая экстракция кариозно измененных зубов возникала как при поверхностном, так и при глубоком кариесе (наблюдение 3).

Наблюдение 3. Гр-н Ю. 35 лет, грузчик. 4.II.1960 г. вечером на улице незнакомый ударил его по лицу твердым предметом. Поступил во 2-ю Кишиневскую городскую больницу, где находился 6 дней.

Освидетельствования 13 и 15.II. Результаты клинического обследования.

Поступил 5. II, выписан 10.II.1960 г. При поступлении: жалобы на потерю одного переднего зуба (резца |2) и подвижность соседнего зуба (резца |1). На коже верхней и нижней губ две ушибленные раны, костный дефект внутренней стенки альвеолярного отростка у |2 зуба и состояние его лунки после свежей экстракции, полный вывих |1 зуба. 8.II произведена хирургическая экстракция |1 зуба с отломком вестибулярной стенки альвеолярного отростка.

Результаты освидетельствований. На коже верхней губы ушибленная рана 0,5×0,6 см покрыта плотной корочкой, на коже нижней губы депигментированный участок 1,3 × 0,7 см, отсутствие |1 2 зубов, свежие ранки на месте их. Состояние зубного аппарата до травмы (амбулаторная карта 7065). 7.IV.1955 г. обращался к стоматологу по поводу глубокого кариеса |12 резцов слева и коренного 7| зуба справа на верхней челюсти (последний удален 21.I. 1957 г.).

Заключение. Травматическая потеря двух полноценных резцов на верхней челюсти (экстракция одного и полный вывих другого с последующей его хирургической экстракцией вместе с отломком внутренней стенки альвеолярного отростка) относятся к легким телесным повреждениям, повлекшим незначительную (10%) стойкую утрату трудоспособности. Предшествующее заболевание зубной системы (кариес) не повлияло на исход травмы.

В приведенном случае травматическая потеря двух кариозно измененных зубов должна быть квалифицирована как потеря «полноценных» зубов, несмотря на наличие патологического процесса до травмы. В самом деле, сопоставление характера повреждений (полный трав-

матический вывих) и локализация предшествующего патологического процесса показывает, что основным в механизме потери зубов была травма, а не предшествующее поражение ткани зуба.

Оценка потери зуба вследствие его перелома при наличии кариеса до травмы также зависит от локализации перелома. Локализация перелома может быть различной: перелом в месте кариеса или на расстоянии от кариозного разрушения зуба. Правда, случаев второго рода нами не наблюдалось, но если они и бывают, то очень редко, и тогда, разумеется, повреждение следует квалифицировать как потерю «полноценного зуба».

При наличии предшествующих дефектов зубных рядов нужно исключить часто наблюдающиеся локальные изменения пародонта опорного зуба (пародонтопатию). Потеря зуба-носителя протеза при отсутствии предшествующих патологических процессов, способствующих его экстракции (пародонтопатия) или перелому (кариес, состояние после трепанации и пломбировки), позволяет рассматривать такую потерю, как потерю полноценного зуба, что и наблюдалось нами в одном случае.

Таким образом, сам по себе факт наличия до травмы предшествующих заболеваний или дефектов зубной системы не исключает судебно-медицинской оценки потери зуба (зубов) как потери «полноценных» зубов. Для правильной оценки повреждения важен анализ механизмов потери зуба путем сопоставления характера повреждений с предшествующим заболеванием, его стадией, локализацией патологического процесса. Если при освидетельствовании, с применением в необходимых случаях рентгенографического исследования и при изучении данных медицинских документов о состоянии зубной системы до травмы будет исключена роль предшествующего заболевания в механизме потери зуба, то следует говорить о потере «полноценного» зуба (зубов).

2. *Потеря неполноценных зубов*

Указания в «Правилах» к УК девяти союзных республик о том, что при оценке тяжести повреждений, сопровождающихся потерей зубов, следует иметь в виду только потерю «полноценных» зубов, как бы подразумевают, что после травмы может происходить потеря непол-

ноценных зубов. В соответствии с общими положениями «Правил» к УК Молдавской ССР, анализ предшествующих заболеваний и дефектов здоровья при экспертизе тяжести повреждений имеет целью предупредить неправильное определение степени тяжести повреждения, не допустить ошибочной оценки повреждения по исходу, закономерно не обусловленному нанесенному повреждению, а связанному с наличием у потерпевшего предшествующего заболевания, которое отягчает исход травмы.

Сравнительным анализом роли травмы и предшествующих заболеваний для исхода повреждений зубного аппарата при пародонтозе, кариесе и других было показано, что наличие предшествующего заболевания само по себе не свидетельствует о неполноценности зубов. Потерю зуба или зубов при наличии пародонтоза I, II стадии, поверхностного или глубокого кариеса в ряде случаев следует рассматривать как потерю полноценных зубов.

По нашим данным, примерно в два раза чаще потеря зубов при наличии предшествующих заболеваний зубного аппарата должна квалифицироваться как потеря неполноценных зубов. В основу такой квалификации, по нашему мнению, при потере зубов должен быть положен принцип ведущей роли предшествующего патологического процесса, а не характер нанесенного повреждения.

Разберем подробнее, при каких повреждениях и при наличии каких заболеваний механизмы потери зубов после травмы позволяют квалифицировать потерю зубов как неполноценных. Потеря неполноценных зубов наблюдалась нами при наличии до травмы различных заболеваний зубной системы: при пародонтозе III стадии, дефектах зубных рядов с пародонтопатией потерянных зубов, при глубоком кариесе, при изменениях потерянных до травмы зубов вследствие трепанации и пломбировки пульповой камеры.

П а р о д о н т о з. При пародонтозе III стадии и травме зубо-челюстной области (в половине случаев однократного удара), помимо повреждений губ, происходили экстракции от двух до шести зубов без переломов и повреждений корней и соответствующих луночек челюстей. Только в двух случаях была произведена хирургическая экстракция зубов, практически полностью лишенных фиксации в пародонте. Для иллюстрации приведем

случай потери четырех передних зубов после травмы у женщины 38 лет (наблюдение 4).

Наблюдение 4. Гр-ка Г., 38 лет (рабочая). 10.XII. 1964 вечером ей был нанесен удар палкой по нижней части лица. Освидетельствования 28.XII и 12. III. 1965.

Результаты освидетельствований. 28.XII жалобы на потерю шести передних зубов на верхней челюсти. Объективно: отсутствие $\frac{21 \mid 12}{}$ зубов, свежие ранки на месте их. Зубная формула $\frac{875503- \mid 305600}{}$ На основании этих данных судебно-медицинский эксперт составил следующее заключение: у гражданки Г. на верхней челюсти спереди зубы потеряны недавно, возможно, в результате удара, нанесенного палкой 10.XII. 1964. Потеря зубов относится к легким телесным повреждениям с кратковременным расстройством здоровья.

Однако следователь, найдя заключение эксперта о тяжести повреждения «сомнительным», назначил повторную судебно-медицинскую экспертизу.

12.III. 1965 г. освидетельствование в судебно-медицинской комиссии (при участии автора), дополнительно установлено: слизистая оболочка десны розовато-синюшного цвета, глубокие патологические десневые карманы с гнойным отделяемым.

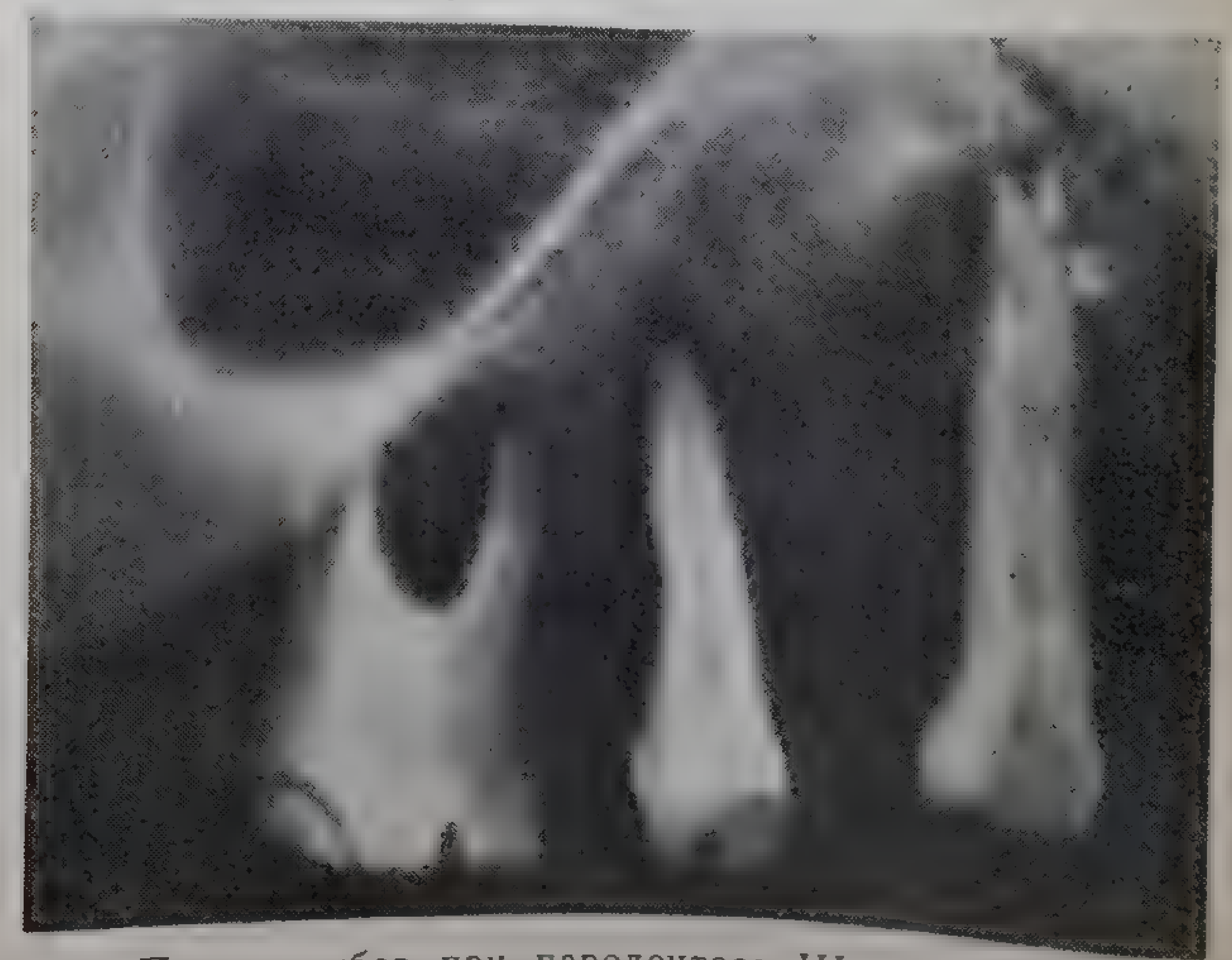


Рис. 6. Потеря зубов при пародонтозе III. Рентгенограмма — атрофия костной ткани лунок с горизонтальной убылью их краев на 2/3 и более длины корня. *Наблюдение 4.*



Рис. 7. То же. Рентгенограмма — почти полная атрофия костной ткани лунки $\overline{|3}$ зуба. *Наблюдение 4.*

12.III.1965 на рентгенограммах (рис. 6, 7) атрофия костной ткани лунок более 2/3 длины корней и почти полная атрофия костной ткани лунки $\overline{|3}$ зуба. Диагноз: состояние лунок $\underline{21|12}$ зубов после их свежей экстракции. Пародонтоз III стадии, воспалительно-дистрофическая форма. З а к л ю ч е н и е. Потеря четырех резцов после легкой травмы связана с наличием до травмы заболевания зубной системы (пародонтоз III, воспалительно-дистрофическая форма).

В приведенном наблюдении после травмы наступила потеря на верхней челюсти четырех резцов при отсутствии на месте потерянных зубов каких-либо повреждений, кроме свежих ран десны. До травмы была значительная степень пародонтоза (III стадия) и на рентгенограммах хорошо видна резко выраженная атрофия альвеолярного отростка. В этом случае потерянные зубы до травмы были фиксированы лишь мягкими тканями.

Д е ф е к т ы з у б н о г о р я д а. При дефектах зубных рядов, как известно, часто развиваются локальные изменения опорного аппарата зубов — пародонтопатия. Эти локальные изменения пародонта относятся к соседним зубам или зубам-антагонистам. Чаще пародонтопатия наступает при отсутствии протезов, иногда — при

несвоевременном, запоздалом протезировании или даже вследствие повышенной функциональной нагрузки из-за неправильного протезирования. В последнем случае может возникнуть пародонтопатия опорных зубов-носителей протезов.

При пародонтопатии фиксация зубов бывает понижена и выносливость соответствующих отделов пародонта ослаблена. При значительном развитии пародонтопатии ее степень в клиническом и морфологическом отношении может быть приравнена к пародонтозу III стадии. Поэтому у таких лиц при травме зубо-челюстной области механизм потери зубов бывает сходным с механизмом потери неполноценных зубов после травмы при пародонтозе III стадии.

В наблюдаемых нами случаях (12 наблюдений) потеря (экстракция) зубов после травмы у лиц с пародонтопатией при дефектах зубного ряда сопровождалась лишь незначительным повреждением губ, десен. Приведем два наблюдения: потеря зуба при отсутствии протеза (наблюдение 5) и потеря зубов-носителей мостовидного протеза (наблюдение 6).

Наблюдение 5. Гр-н С., 48 лет (кузнец). 16.IX.62 г. в 19 часов двое знакомых нанесли ему удары кулаками по лицу.

Освидетельствование 17.IX. Результаты освидетельствования.

Жалобы на потерю одного зуба на нижней челюсти. Объективно найдено: множественные дефекты зубных рядов. Зубная форма (8С654КИИ | ИКЗКИ608) / (80С54КИИ | ИИК456—8). Свежая рана на месте отсутствующего |7 зуба. На рентгенограмме (рис. 8) – атрофия костной ткани альвеол |78 зубов на 1 2 длины корня, костный патологический карман у мезиальной поверхности корня |8, наклон |8/8 зубов в сторону отсутствующих смежных зубов (феномен Попова-Годона).

Диагноз: состояние лунки |7 зуба после свежей экстракции. Множественные дефекты зубных рядов, пародонтопатия с атрофией альвеолярных отростков в области |8/78 зубов.

Заключение. Потеря зуба после легкой травмы свя-

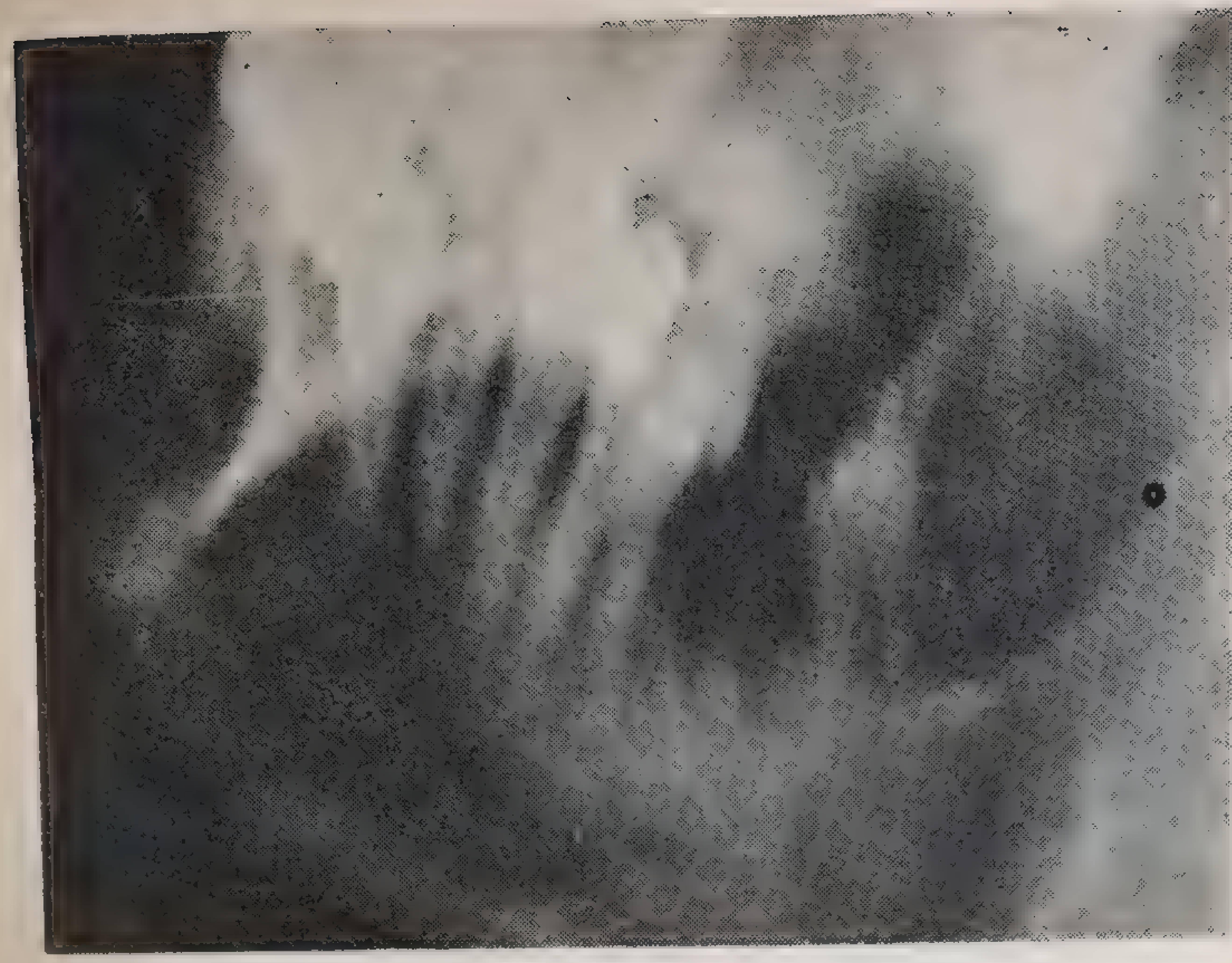


Рис. 8. Потеря зуба при наличии пародонтопатии. Рентгенограмма — атрофия верхнего и нижнего альвеолярного отростков, убыль костной ткани лунок |8 и |78 с костным патологическим карманом у мезиальной поверхности корня |8, феномен Попова-Годона; свободная лунка |7. *Наблюдение 5.*

зана с наличием до травмы дефектов зубных рядов со значительным поражением опорного аппарата потерянных зубов (пародонтопатия).

Наблюдение 6. Гр-н К., 40 лет (шофер такси). 29.VIII. 1965 в 9 часов 30 минут ему был нанесен сослуживцем удар головой по лицу.

Освидетельствование 30.VIII. Результаты освидетельствования.

Жалобы на потерю двух опорных зубов-носителей мостовидного протеза, поломку его и отделение.

Объективно. Множественные дефекты зубных рядов. Зубная формула $\frac{8\ 054К00}{000К00К1}\Big|\frac{0—300670}{12345000}$. Отсутствие |2 и свежая ранка на месте его, отек слизистой оболочки десны и перелом 3| на месте дефекта его шейки после давней трепанации (рис. 9). Край корня 3| в области перелома в виде тонкой пластинки серовато-белого цвета, в центре корня имеется полость с тонкой стенкой и ровной поверхностью коричневого цвета.

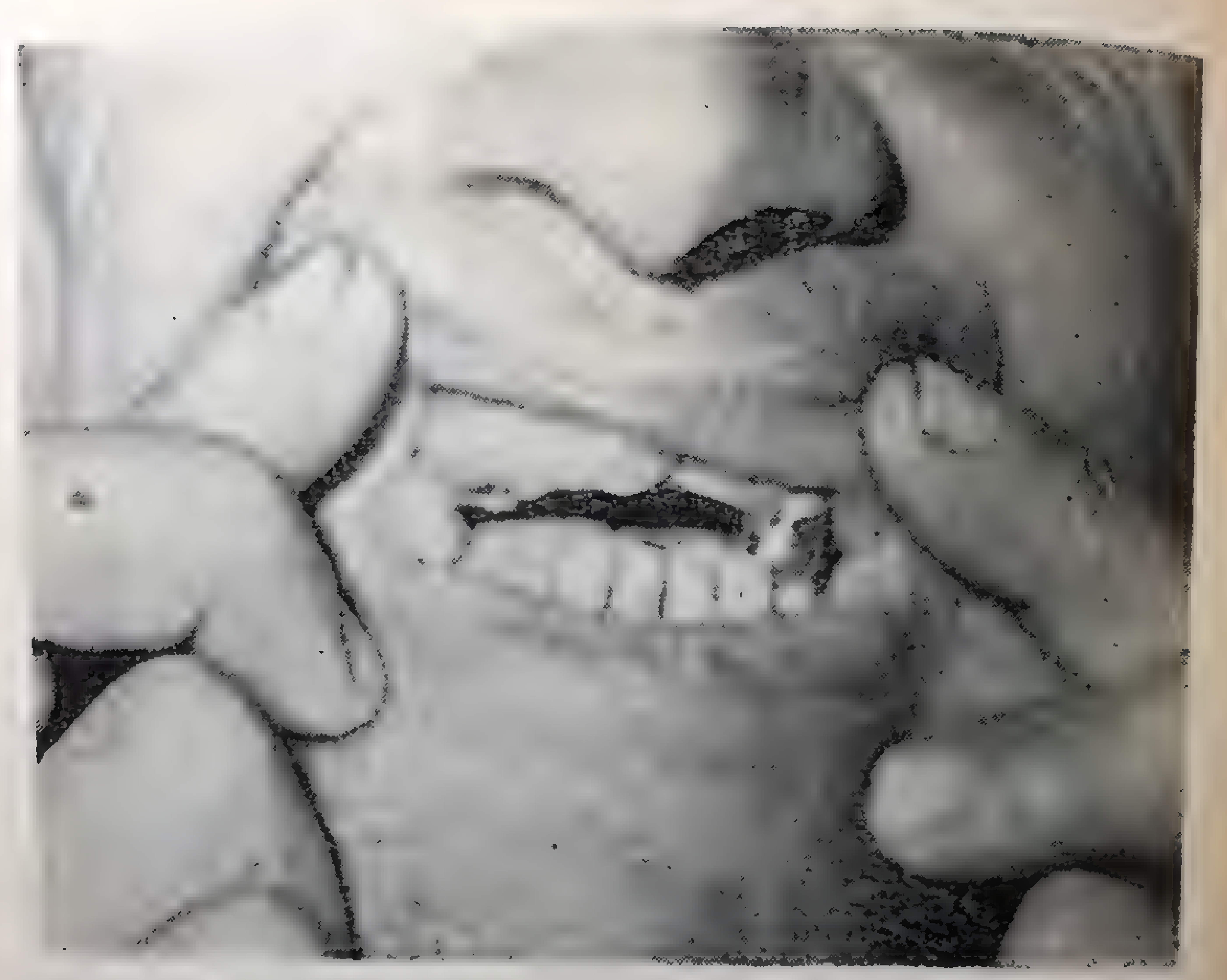


Рис. 9. Потеря зубов-носителей мостовидного протеза при наличии пародонтопатии и зуба после давней трепанации. Фото — отсутствие |2 и перелом 3| ; дефекты зубных рядов. *Наблюдение 6.*

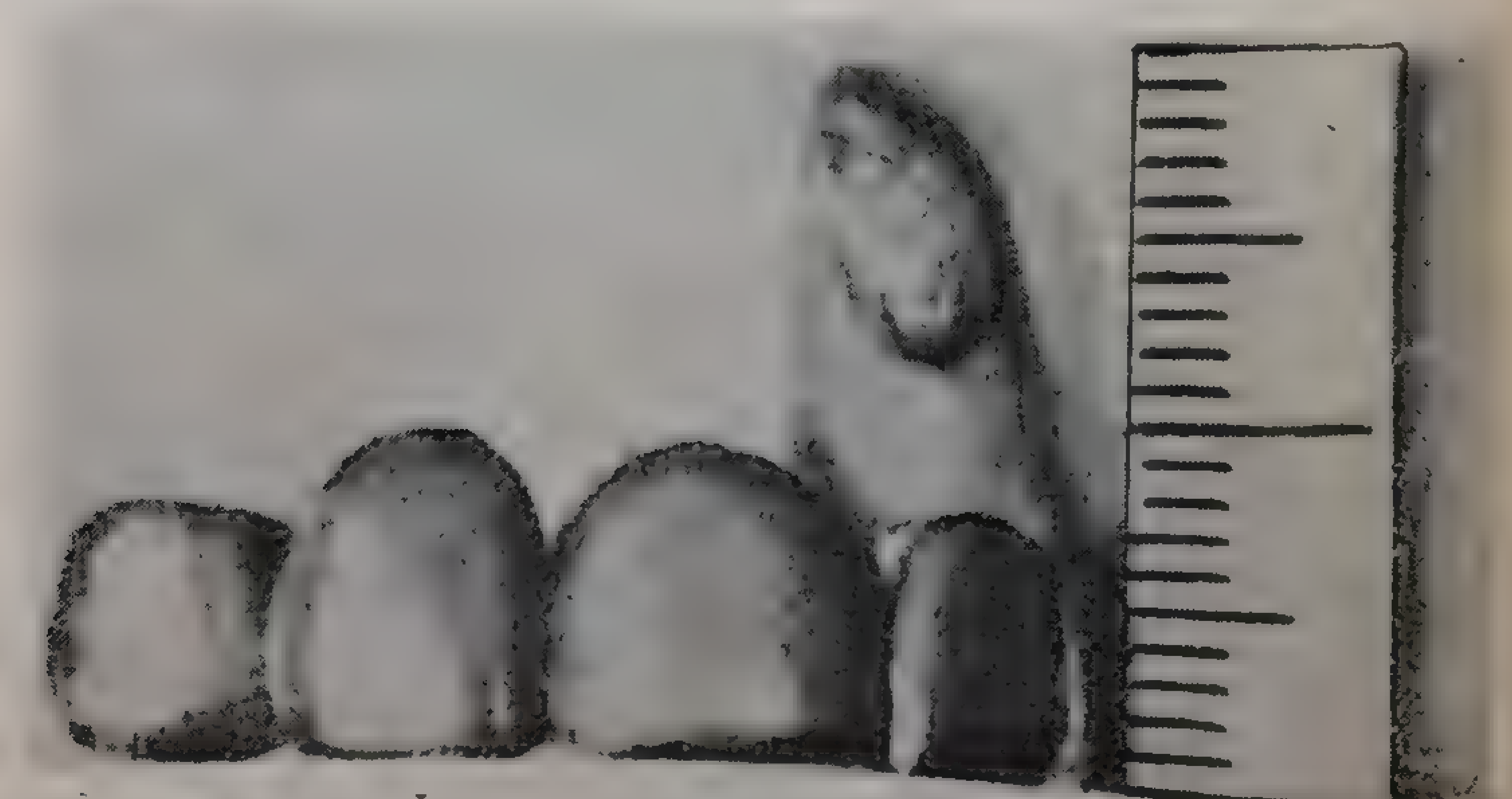


Рис. 10. То же. Фото — мостовидный протез и |2 (опорный). *Наблюдение 6.*

Описание отделенного протеза. Мостовидный протез (рис. 10) с верхней челюсти, заменяющий передние зубы, имеет два искусственных зуба и две коронки из желтого металла (для 3|2). В левой коронке содержится |2 со

свежей кровью на верхушке корня и обильными отложениями зубного камня, правая металлическая коронка свободна от $\underline{3|}$.

1.IX на рентгенограммах альвеолярного отростка верхней челюсти в лунке $3|$ корень с хорошо различимой на месте перелома послетрепанационной полостью, канал запломбирован до верхушки (рис. 11). Лунка $\underline{|2}$ свободная, неглубокая, горизонтальная убыль ее костного края более 2/3 длины корня (рис. 12).

Диагноз: множественные дефекты зубных рядов, пародонтопатия с атрофией альвеолярного отростка в области $|2$ опорного зуба и состояние его лунки после свежей экстракции, дефект коронки $\underline{3|}$ зуба после трепанации и перелом его в месте трепанации.

Заключение. Потеря зубов-носителей мостовидного протеза после легкой травмы связана со значительным поражением до травмы опорного аппарата одного зуба (пародонтопатия) и с состоянием после давней трепанации другого зуба. И в том, и другом случае во время травмы произошла потеря (экстракция) зубов, опорный аппарат которых был значительно изменен (пародонто-



Рис. 11. То же. Рентгенограмма — корень $\underline{3|}$ (после перелома) с полостью после трепанации, канал пломбирован до верхушки корня. *Наблюдение 6.*



Рис. 12. Потеря зуба при наличии пародонтопатии. Рентгенограмма — свободная неглубокая лунка |2, горизонтальная убыль костной ткани лунки более 2/3 длины корня. *Наблюдение 6.*

патия). В наблюдении 6 после однократного удара произошла потеря двух неполноценных зубов-носителей протеза: одного (|2) вследствие экстракции, другого (3|) вследствие перелома в месте проведенной в прошлом трепанации и пломбировки пульповой камеры.

Кариес зубов

Кариозная болезнь, как известно, выражается в деминерализации и распаде твердых тканей зуба. В отличие от пародонтопатии при кариесе пародонт длительное время бывает интактен. В наблюдаемых нами случаях потерянных зубов при травме имели место переломы кариозно измененных зубов в месте глубокого кариеса. Следовательно, ведущую роль в возникновении этих переломов имел предшествующий кариозный процесс. При травме нижней части лица, сопровождающейся повреждением губ, щек и, как правило, кровоподтеками слизистой оболочки десен, возникали переломы именно кариозно измененных зубов, а здоровые при той же травме оставались неповрежденными. Иллюстрацией может служить следующее наблюдение.

Наблюдение 7. Гр-ка Н., 41 год (швея). 27.X.1960 вечером на улице незнакомый ударил ее по лицу.

Освидетельствование 28.X. Результаты освидетельствования. Жалобы на потерю одного (|2) зуба. Объективно: ушибленная рана 0,5 × 0,5 см слизистой оболочки нижней губы, перелом коронки |2 в месте глубокого кариеса (в остатке переломленной коронки зуба — кариозная полость с тонкими стенками сероватого цвета).

Заключение. Потеря зуба (перелом в месте кариеса) после легкой травмы связана с предшествующим глубоким кариесом.

Также следует квалифицировать потерю зуба, когда при травме наступает экстракция остатков корня зуба, разрушенного кариозным процессом (наблюдение 8).

Наблюдение 8. Гр-н Д., 22 лет. 3.VIII.1963 г. днем на улице знакомый ударил кулаком по левой щеке.

Освидетельствование 7.VIII. Результаты освидетельствования. Жалобы на потерю одного зуба на нижней челюсти (|6),который до этого был разрушен кариесом до корня.

Объективно. Кровоподтек слизистой оболочки левой щеки диаметром 0,2 см, состояние лунки — после свежей экстракции |6 зуба.

Заключение. Кровоподтек левой щеки — легкое телесное повреждение. Потеря зуба (остатков корней большого коренного зуба) после легкой травмы связана с предшествующим дефектом зуба (глубокий кариес с разрушением и резорбцированием корня зуба).

В данном случае у молодого мужчины после однократной травмы нижней части лица, которая сопровождалась повреждением щеки, на той же стороне произошла экстракция кариозно измененного (резорбцированного) корня большого коренного зуба. Очевидно, в данном случае также следует говорить о потере неполноценного зуба.

Таким образом, по нашему мнению, потерю зуба при кариесе следует считать как потерю неполноценного зуба при трех условиях: во-первых, в случае перелома зуба, во-вторых, когда перелом по локализации совпадает с местом кариозного процесса и, в-третьих, когда кариозным процессом поражены все ткани зуба (глубокий кариес).

Для судебно-медицинской оценки важно, что потеря

произошла именно из-за перелома, а не вследствие экстракции или полного травматического вывиха. В последних случаях потерю кариозных зубов следует квалифицировать как потерю полноценных зубов не только при поверхности, но и при глубоком кариесе.

С о с т о я н и е п о с л е т р е п а н а ц и и з у б а. К потере неполноценных зубов следует относить также переломы при травме отдельных зубов, подвергнутых ранее трепанации и пломбировке пульповой камеры. Механизм потери такого зуба аналогичен потере (перелому) кариозно измененного зуба. И в тех, и в других случаях потеря зуба происходит из-за перелома в месте частичного отсутствия его тканей. При глубоком кариесе это отсутствие ткани связано со значительным кариозным процессом, после пломбировки пульповой камеры — с трепанацией зуба. Потеря таких неполноценных зубов происходит при общей травме зубо-челюстной области.

Следует подчеркнуть, что переломы наступают именно депульпированных зубов (в месте их трепанации) в то время, как соседние интактные зубы оказываются неповрежденными. Иллюстрацией может служить наблюдение 9.

Наблюдение 9. Гр-н У., 21 год, студент. 21.X. 1962 г. в 17 часов незнакомый нанес удар два раза кулаком по нижней челюсти. До травмы лечился у стоматолога 2-й поликлиники г. Кишинева.

Освидетельствование 23.X. Результаты освидетельствования. Жалобы на потерю одного переднего зуба (|1). Объективно. На коже нижней губы ссадины 1,5 × 0,4 см и 0,5 × 0,6 см, на ее слизистой оболочке ушибленная рана 2,5 × 0,4 см, в десне в области |1 зуба кровоизлияние, перелом |1 зуба в месте его трепанации после пломбирования пульповой камеры. Остальные зубы интактные, здоровые.

На рентгенограмме (рис. 13) обнаружен корень |1 зуба с хорошо различимой на месте перелома трепанационной полостью, корневой канал пломбирован до верхушки. Состояние зубной системы до травмы (по данным поликлиники). 7. XII. 1959 г. предъявлял жалобы на боли в области |1 зуба.

Объективно: |1 зуб темный, перкуссия (выстукивание) болезненно. 23. XII. 1959 г. жаловался на режущие боли в области |1 зуба.



Рис. 13. Потеря зуба при наличии до травмы трепанации зуба. Рентгенограмма — перелом шейки |1 , давняя трепанационная полость, канал пломбирован до верхушки корня. *Наблюдение 9.*

Объективно: Флюктуирующая припухлость мягких тканей в области |1 зуба и верхней губы; произведена трепанация |1 зуба, эвакуация распада и разрез по переходной складке. 25.XII. 1959 г. боли исчезли, из разреза обнаружено выделение гноя. В 1961 г. произведены пломбирование пульповой камеры |1 зуба и покрытие коронки зуба металлической коронкой.

Заключение: ушибленная рана и ссадины нижней губы относятся к легким телесным повреждениям. Потеря зуба (перелом в месте давней трепанации) после легкой травмы связана с существовавшим до травмы значительным поражением твердых тканей зуба (состояние после трепанации и пломбировки пульповой камеры).

Следует отметить, что давняя трепанация зуба может быть патологической основой для его перелома после легкой травмы и в тех случаях, когда такие зубы используются при протезировании в качестве опорных зубов-носителей протеза.

Таким образом, причинами травматической потери зубов могут быть повреждения различного характера и объема: травматическая экстракция зуба, его перелом, полный травматический вывих. Судебно-медицинская

оценка тяжести повреждений, повлекших потерю полноценных зубов, производится в зависимости от количества потерянных зубов и их места в зубных рядах (резцы, не резцы); в частности, травматическая потеря одного полноценного зуба относится к легким повреждениям, повлекшим или незначительную утрату трудоспособности (при потере резца), или кратковременное расстройство здоровья (при потере зуба-нерезца).

При судебно-медицинской оценке тяжести повреждений с потерей зубов у лиц с предшествующими заболеваниями зубной системы необходимо одновременно определять, является потерянный зуб (зубы) полноценным или неполноценным.

Анализ механизмов потери зубов у лиц с предшествующими заболеваниями зубной системы показывает, что экспертная диагностика полноценности или неполноценности потерянного зуба должна быть основана на сопоставлении характера и локализации травмы зубо-челюстной области с характером, стадией и преимущественной локализацией предшествующего заболевания. Следует подчеркнуть, что наличие заболеваний или дефектов зубной системы до травмы само по себе не свидетельствует о неполноценности потерянных зубов.

К травматической потере полноценных зубов относится не только потеря здоровых до травмы зубов, но и потеря зубов в результате травматической экстракции или полного травматического вывиха при наличии кариеса потерянного зуба или пародонтоза I—II стадии. Как «потеря полноценного зуба», должны быть квалифицированы и случаи перелома зуба при наличии пародонтоза I—II стадии, переломы опорных зубов-носителей протеза при дефектах зубных рядов.

К потере неполноценных зубов относятся случаи экстракции после травмы при наличии пародонтоза III стадии или дефектах зубных рядов, сопровождающихся значительными локальными поражениями опорного аппарата потерянных зубов (пародонтопатии), в том числе значительной степени пародонтопатии зубов-носителей протеза. Как «потеря неполноценного зуба», должны быть квалифицированы и случаи перелома зуба после травмы в месте глубокого кариеса или в месте дефекта после давней трепанации и пломбировки пульповой камеры.

V. Экспертиза повреждений зубо-челюстной области без потери зубов

Расстройства зубной системы (подвижность зубов, боль при жевании и др.) могут быть травматического или нетравматического происхождения. Соответственно с этим, расстройства здоровья после травм зубо-челюстной области у лиц с предшествующими заболеваниями зубной системы могут быть прямым результатом травмы, иметь нетравматическое происхождение, наступать под влиянием травмы и даже совпадать с ней по времени.

Причинами травматических расстройств зубной системы, не сопровождающихся потерей зубов, могут быть неполный травматический вывих зуба или острый травматический периодонтит. У лиц, имевших до травмы заболевание зубной системы, под влиянием травмы возможны обострения ранее существовавшего хронического периодонтита. Наконец, имевшиеся до травмы заболевания и дефекты зубной системы по клинической симптоматике могут быть сходными с повреждениями и травматической потерей зубов. В этих случаях жалобы потерпевших и наличие наружных повреждений в зубо-челюстной области могут быть источником ошибочной квалификации предшествующих заболеваний зубной системы, как последствий нанесенной травмы. Определение тяжести повреждений зубо-челюстной области, не сопровождающихся потерей зубов, проводится по исходу травмы — по признаку временной нетрудоспособности; в зависимости от срока временной нетрудоспособности (если она имеет место) повреждения квалифицируются как легкие, повлекшие или не повлекшие расстройства здоровья.

Разберем характер жалоб потерпевших и причины расстройств зубной системы, обнаруженных после травмы у лиц с предшествующими заболеваниями и дефекта-

ии зубной системы (63 наблюдения). О характере жалоб потерпевших после травмы зубо-челюстной области без потери зубов, наличии или отсутствии наружных повреждений, а также происхождении обнаруженных расстройств см. табл. 4.

Таблица 4

Жалобы потерпевших, наружные повреждения и происхождение обнаруженных расстройств зубной системы

Жалобы	Наружные повреждения		Всего	Происхождение расстройств			
	наличие	отсутствие		травма	пародонтоз	дефекты зубных рядов	кариес и др. заболевания зубов
Потеря зуба	10	2	12	—	1	6	5
Подвижность	41	2	43	4	34	5	—
Боль	5	2	7	2	4	—	1
Поломка протеза	1	—	1	1	—	—	—
	57	6	63	7	39	11	6

Из табл. 4 видно, что потерпевшие после травмы зубо-челюстной области предъявляют жалобы на различные расстройства со стороны зубной системы: подвижность зуба, реже — на его потерю, боль при жевании; в одном случае жалобы потерпевшего ограничивались фактом поломки протеза. При освидетельствовании у большинства потерпевших (57 из 63) были найдены наружные повреждения, располагавшиеся обычно в зубо-челюстной области (главным образом на коже и слизистых оболочках губ). Нередко потерпевшие сообщают, что и наружные повреждения, и имеющиеся расстройства зубной системы возникли у них в связи с нанесенной правонарушителем травмой. Как уже отмечалось, ряд симптомов предшествующих заболеваний зубной системы (давнее отсутствие отдельных зубов или их дефекты, подвижность зубов и т. д.), имеют внешнее сходство с последствиями травматических повреждений и потерей зубов. В связи с этим жалобы потерпевших и возникновение наружных повреждений зубо-челюстной области при наличии предшествующих заболеваний зубной системы созда-

ют немалые экспертно-диагностические трудности при определении происхождения обнаруженных расстройств у таких лиц.

Анализ происхождения обнаруженных после травмы расстройств показывает (как это видно из табл. 4), что только в отдельных случаях имеют место неполные травматические вывихи (3) или острые травматические периодонтиты (3). В остальных случаях обнаруженные после травмы расстройства имеют нетравматическое происхождение. Несмотря на наличие наружных повреждений, жалобы потерпевших о наступлении после травмы потери зуба, подвижности и других расстройств не находят подтверждения как последствия травмы в клинической картине. Наоборот, при тщательном клиническом обследовании, включая рентгенологические исследования, удается установить конкретные формы предшествующих заболеваний зубной системы, которые являются причиной тех или иных расстройств (пародонтоз, особенно III стадии; дефекты в зубных рядах, кариес, значительная стертость).

Таким образом, при экспертизе тяжести повреждений зубо-челюстной области без потери зубов основное внимание должно быть уделено судебно-медицинской диагностике происхождения обнаруженных расстройств. Поэтому судебно-медицинская характеристика этой группы наблюдений проводится, исходя из задач дифференциальной диагностики происхождения обнаруженных после травмы расстройств. В первую очередь разбираются предшествующие заболевания и дефекты зубного аппарата, напоминающие потерю зубов вследствие их травматической экстракции, полного травматического вывиха или перелома. Затем приводятся данные о неполных травматических вывихах и напоминающих их предшествующих заболеваниях. Наконец, сообщается о случаях острых травматических периодонтитов и о предшествующих травме хронических периодонтитах.

I. Предшествующие заболевания, напоминающие травматическую потерю зубов

При освидетельствовании потерпевших после травмы зубо-челюстной области нередко возникает необходимость дифференциальной диагностики некоторых пред-

шествующих заболеваний и дефектов зубной системы от травматической потери зуба (или зубов). Чаще всего приходится выяснять происхождение значительной подвижности зубов, напоминающей полные травматические вывихи, реже — дефектов зубного ряда или отдельных зубов, напоминающих травматическую экстракцию или переломы зубов.

а) Заболевания, напоминающие полный травматический вывих

Полный травматический вывих зуба, как известно, является одной из тяжелых форм повреждений зубной системы и приводит практически к потере зуба. Одним из симптомов этого повреждения является значительная (III степень) подвижность зуба, обнаруживаемая при освидетельствовании, и на которую жалуется потерпевший после травмы. Как сказано выше, сущность полного травматического вывиха зуба состоит в значительном нарушении целости тканей, укрепляющих зуб в альвеоле. В связи с этим коронка зуба смещается и выходит за линию зубного ряда.

Однако подвижность зубов, их смещение в такой же степени могут быть следствием предшествующих патологических поражений пародонта-диффузного (пародонтоз) или локального (пародонтопатия) поражения. Поэтому обнаружение значительной степени подвижности зуба после травмы или даже нескольких, наличия свежих следов травмы зубо-челюстной области и одновременно установление у потерпевшего наличия до травмы пародонтоза или пародонтопатии требует дифференциальной диагностики подвижности зубов. По нашим данным, необходимость такой диагностики возникает довольно часто: среди 63 потерпевших с травмами зубо-челюстной области без потери зубов, но имевших до травмы заболевание зубной системы, у 26 после травмы зубо-челюстной области (в том числе в 24 случаях, сопровождавшихся причинением ссадин, кровоподтеков) была обнаружена значительная подвижность зубов (чаще двух, трех, четырех). Анализ происхождения подвижности зубов, проведенный на основе других клинических симптомов и рентгенологических данных, показал, что изменения пародонта, обуславливающие подвижность, бы-

ли связаны с предшествующими травме патологически-ми состояниями: пародонтозом III стадии (21 случай) или в такой же степени пародонтопатии на почве имевшихся до травмы дефектов зубных рядов (5 случаев).

Рентгенологическим исследованием выявлялась значительная убыль костной ткани альвеолярного отростка на 2/3 и более длины корня зуба и не были обнаружены признаки полного травматического вывиха — изменение положения корня зуба в виде выхождения его из альвеолы, бокового смещения или же перемещения в толщу костной ткани альвеолярного отростка. Для иллюстрации приведем два наблюдения.

Наблюдение 10. Гр-ка Д., 53 лет (домохозяйка). 9.IX. 1962 г. в 1 час дня ей был нанесен удар рукой по лицу.

Освидетельствование 11.IX. Результаты освидетельствования. Жалобы на подвижность одного переднего |1 зуба.

Объективно: на коже верхней губы справа кровоподтек синевато-зеленого цвета размером 4 × 1.5 см и две ссадины размерами 1 × 0,7 и 0,4 × 0,3 см; на слизистой оболочке верхней губы кровоподтек красного цвета размером 4 × 1,5 см и ссадина размером 0,6 × 0,3 см, кровоподтек слизистой оболочки десны у |1 зуба. Десна в области передних зубов разрыхлена, при ощупывании кровоточит, имеются глубокие патологические десневые карманы, шейки зубов оголены на 0,2—0,3 см с обильными отложениями зубного камня. Зубная формула $\frac{00000301 \mid 12300070}{00054321 \mid 12345000}$. Передние зубы подвижны (II–III степень). Соответственно отсутствующим зубам десна сглажена, атрофична, бледно-розового цвета.

11.IX на рентгенограмме (рис. 14) обнаружена атрофия костной ткани межзубных перегородок в виде убыли их в области резцов более 2/3 длины корня, а также гранулема у верхушки |1 зуба.

Диагноз: пародонтоз III стадии (воспалительно-дистрофическая форма), хронический периодонтит 1 зуба, множественные дефекты зубных рядов.

Заключение. Кровоподтеки и ссадины верхней губы и кровоподтек десны у первого верхнего резца слева относятся к легким телесным повреждениям. Подвижность зубов связана с предшествующим травме значительным



Рис. 14. Пародонтоз III (рентгенограмма). Горизонтальная убыль костных краев лунок более 2/3 длины корня. Хронический верхушечный периодонтит |1 зуба. *Наблюдение 10.*

заболеванием зубного аппарата (воспалительно-дистрофическая форма пародонтоза III стадии).

Наблюдение 11. Гр-н О., 52 лет (рабочий), 22.XII. 1962 г. днем ему был нанесен рукой удар по лицу.

Освидетельствование 24.XII. Результаты освидетельствования. Жалобы на подвижность семи опорных зубоз-носителей протезов.

Объективно: на коже лица 15 ссадин размерами от 0,1 × 0,2 см до 0,3 × 0,4 см, |12 зубы отсутствуют. 1| и |3 зубы являются опорами мостовидного протеза. Слизистая оболочка десны розоватого цвета, атрофична, шейки зубов оголены, подвижность зубов II степени.

10.VII на рентгенограмме (рис. 15) обнаружена атрофия костной ткани межзубных перегородок в области опорных зубов-носителей протеза более 2/3 длины корня. На 1|3 зубах виден мостовидный металлический протез. |12 зубы отсутствуют.

Диагноз: дефекты зубного ряда в области |12 зубов,



Рис. 15. Дефект зубного ряда с пародонтопатией (Рентгенограмма). Атрофия альвеолярного отростка нижней челюсти в области опорных зубов-носителей протеза. *Наблюдение 11.*

пародонтопатия с атрофией альвеолярного отростка нижней челюсти в области опорных зубов-носителей протеза.

З а к л ю ч е н и е. Ссадины на лице относятся к легким телесным повреждениям. Подвижность зубов связана с предшествующим травме значительным болезненным процессом зубного аппарата (дефекты зубных рядов с пародонтопатией).

Два этих случая показывают, что при пародонтозе III стадии или в такой же степени пародонтопатии, особенно при воспалительно-дистрофической форме, довольно ярко выражен объективный признак значительной подвижности зубов и при наличии наружных повреждений (ссадин, кровоподтеков на щеках, губах, деснах) создается впечатление, что этому причиной являются травмы. И только тщательное исследование альвеолярного отростка, и в первую очередь рентгенологическое, позволяет правильно отдифференцировать последствия травмы от последствий предшествующих патологических процессов.

Отсутствие характерных признаков полного травматического вывиха (изменение положения корня зуба в

виде выхождения его из альвеолы, бокового смещения или же перемещения «вколачивания» в толщу альвеолярного отростка) и наличие значительной убыли костной ткани альвеолярного отростка на 2/3 и более длины корня зуба позволяют эксперту диагностировать значительную (II—III степени) подвижность зуба (зубов), как результат предшествующего патологического процесса. Гранулема в области верхушки первого нижнего резца — дополнительное доказательство наличия хронического процесса.

б) Предшествующие дефекты, напоминающие травматическую экстракцию или переломы зубов

Травматическая экстракция или перелом зуба, как известно, приводят к его потере. Однако могут быть предшествующие дефекты зубных рядов, напоминающие травматическую экстракцию (напр. ранее имевшая место экстракция) или переломы зубов (напр. разрушение зуба глубоким кариозным процессом).

Основным признаком травматической экстракции является отсутствие зуба, на что и жалуется потерпевший, и оно обнаруживается при освидетельствовании. Экстракция зуба сопровождается повреждением мягких тканей в области потерянного зуба в виде свежей ранки; при рентгенологическом исследовании альвеолярного отростка обнаруживается свободная глубокая лунка на месте отсутствующего зуба.

Отсутствие зуба может быть следствием предшествующих патологических процессов или давних травм, поэтому обнаружение после травмы его отсутствия требует дифференциальной диагностики.

По нашим данным, 12 потерпевших после травмы зубо-челюстной области (в том числе в 10 случаях, сопровождавшихся причинением ссадин, кровоподтеков) предъявляли жалобы на потерю зубов (чаще одного, реже — двух) в связи с травмой. При осмотре было обнаружено отсутствие отдельных зубов или части коронок, в отношении которых были предъявлены жалобы о потере их. Анализ происхождений этих видимых «дефектов» путем осмотра соответствующих лунок показал, что у 7 потерпевших действительно наблюдались дефекты зубных рядов, но отсутствовали следы свежей экс-

тракции. Так было, например, в следующем случае (наблюдение 12).

Наблюдение 12. Гр-н Я., 51 год (печник), 12.X.1962 г. в 15 часов получил удар зубилом по нижней части лица и укус за палец.

Освидетельствование 13.X.62 г. Результаты освидетельствования. Жалобы на потерю одного переднего 1| зуба.

Объективно. На коже первого пальца левой кисти ссадина размером 0,4 × 0,2 см. Слизистая оболочка губ, десен розового цвета. На верхней челюсти отсутствует 1| зуб, десна гладкая, атрофичная, розового цвета, повреждений тканей в области 1| зуба нет.

Заключение. Ссадина на левой кисти относится к легким телесным повреждениям. Потеря одного резца давняя, так как признаков свежей травмы в области зубного аппарата не обнаружено.

Таким образом, потерпевший пытался выдавать давнее отсутствие зуба за результат свежей травмы. Сопоставление срока нанесения травмы (за день до освидетельствования) и состояние тканей в области отсутствующего зуба (отсутствие свежих повреждений — ранки) позволили эксперту правильно оценить отсутствие зуба, как не связанное со свежей травмой, на которую указывал потерпевший.

Согласно данным литературы (А. Е. Верлоцкий; Г. Л. Голобродский — 45 и др.), получившим подтверждение и в наших наблюдениях, наиболее точно определить срок потери зуба можно лишь в первые дни. На свежесть травматической экстракции зуба указывает наличие на месте отсутствия зуба свежей, слегка кровоточащей ранки с наличием кровяных свертков. Зияющая лунка потерянного зуба постепенно закрывается нарастающим с краев раны эпителием. Через неделю глубина ранки значительно уменьшается, а к концу месяца лунка полностью затягивается, ранка сглаживается. По истечении месяца наблюдается регенерация костной ткани. Перестройка кости в месте удаленного зуба продолжается до 3 месяцев.

Основным признаком перелома зуба, когда после травмы часть его потеряна, является дефект зуба в той или иной степени. В таких случаях потерпевшие и жалуются на отсутствие части зуба. Однако отсутствие (де-

фект) зуба может быть следствием предшествующего патологического процесса. Поэтому обнаружение после травмы дефекта зуба требует дифференциальной диагностики. Свежий перелом характеризуется белым цветом поверхности отлома части зуба, причем пульпа (если она обнажена) ярко-красного цвета, влажная, сочная, болезненная. При переломе корня в костной лунке остается часть зуба, что отчетливо обнаруживается при рентгенографическом исследовании альвеолярного отростка.

Дефект зуба при глубоком кариесе характеризуется наличием полости с шероховатой поверхностью ее стенок и наличием пигментации, особенно при хроническом кариесе, когда пигментация резкая — от буро-коричневого до черного цвета.

У остальных 5 потерпевших, предъявивших жалобы на потерю части зуба после травмы, признаки свежего перелома зубов не были найдены, зато имелись значительные дефекты твердой ткани соответствующих зубов вследствие глубокого кариеса, а в одном случае — значительной стертости (стертость затронула зубной канал).

2. Неполный травматический вывих и напоминающие его заболевания

К повреждениям зубо-челюстной области относятся также случаи повреждений зубов без их потери. В первую очередь это бывают неполные травматические вывихи зуба, реже — острые травматические периодонтиты. Но когда речь идет об экспертизе таких повреждений у лиц с предшествующими заболеваниями зубной системы, приходится учитывать некоторые существовавшие до травмы заболевания, которые по клинической картине сходны с указанными повреждениями.

а) Неполные травматические вывихи

Неполные травматические вывихи наблюдались нами у трех потерпевших, имевших до нанесения травмы пародонтоз. При травматических неполных вывихах корень поврежденного зуба остается в лунке, а положение зуба несколько изменяется. Зуб становится подвижным. В наблюдаемых случаях при освидетельствовании были найдены наружные повреждения, указывающие на трав-

му зубо-челюстной области; при рентгенографическом исследовании установлены характерные для неполных вывихов изменения в виде частичного выхождения корня зуба из альвеолы и его бокового смещения, увеличение ширины линии перицемента.

Для иллюстрации приведем случай травматического неполного вывиха зуба на нижней челюсти, возникшего от ударов кулаком по лицу при дистрофической форме пародонтоза II стадии (наблюдение 13).

Наблюдение 13. Гр-н М., 50 лет (охранник), 6. XII. 1964 г. вечером ему был нанесен удар кулаком по лицу.

Освидетельствование 7, 16, 30.XII.1964 и 7.I.1965 г. Результаты освидетельствования. 7.XII-1964 г. жалобы на подвижность одного переднего $\overline{|3}$ зуба.

Объективно: на слизистой оболочке нижней губы кровоподтек багрово-синего цвета размером 2×1 см; в слизистой оболочке в области $\overline{|3}$ зуба кровоизлияние, зуб подвижен III степени. Остальные зубы устойчивы, слизистая оболочка десны бледная. На рентгенограмме - частичное выхождение корня зуба из альвеолы и его боковое смещение, увеличение ширины линии перицемента, атрофия альвеолярного края в виде убыли костных краев лунок на 1/3—1/2 длины корня (рис. 16). Наложена шина-скоба в области $\overline{|12345}$ зубов.

16.XII жалоб не предъявлял, шина в норме. Кровоподтек слизистой оболочки нижней губы и десны не обнаружен. 30.XII жалоб нет, зуб фиксирован. 7.I.65 г. состояние удовлетворительное, зубы устойчивы, шина удалена. Диагноз: травматический неполный вывих $\overline{|3}$ зуба. Пародонтоз II стадии дистрофическая форма.

Заключение: травматический неполный вывих полноценного зуба (клыка) на нижней челюсти слева относится к легким телесным повреждениям, повлекшим кратковременное (до 1 месяца) расстройство здоровья.

У остальных двух потерпевших неполные травматические вывихи сопровождались, как это часто бывает при таких повреждениях, развитием острого периодонтита. Возникновение травматических неполных вывихов при пародонтозе II и тем более I стадии, так же, как и полных травматических вывихов при начальных стадиях пародонтоза, свидетельствует о достаточно хорошей фиксации поврежденных зубов в лунках, о полноценности опорного аппарата поврежденных зубов, а следова-



Рис. 16. Неполный травматический вывих |3 зуба при наличии пародонтоза II (Рентгенограмма). *Наблюдение 13.*

тельно, неполные травматические вывихи при этих стадиях пародонтоза указывают на повреждения полноценных зубов, хотя и при наличии предшествующего заболевания в целом. В соответствии с длительностью временного расстройства здоровья и нетрудоспособности, которые наступают при неполном травматическом вывихе (от 7 до 12 дней) такие повреждения следует квалифицировать как легкие с кратковременным расстройством здоровья.

б) Заболевания, напоминающие неполный травматический вывих

Неполные травматические вывихи характеризуются возникновением подвижности I или даже II степени поврежденного зуба, а рентгенологически — частичным выхождением зуба из альвеолы, его боковым смещением, увеличением ширины линии перицемента. При этом основной жалобой потерпевшего является подвижность и

боль зуба. Однако подвижность зуба в такой же степени бывает при пародонтозе I—II стадий. Поэтому наличие подвижности I—II стадии у освидетельствованных по поводу травмы зубо-челюстной области требует дифференциальной диагностики.

В отличие от неполных травматических вывихов подвижность зубов I—II степени при пародонтозе I—II стадии связана с диффузным поражением опорного аппарата зубов. Известно, что начальные стадии пародонтоза, особенно I стадия, в основном диагносцируются путем рентгенологического исследования альвеолярного отростка. Устанавливается убыль костных краев лунок в различной степени — от едва уловимой до убыли на 1/4—1/3 длины корня зуба (при первой стадии пародонтоза). При II стадии пародонтоза имеются объективные клинические признаки: атрофия и бледность тканей десны с обнажением корня зуба на 0,2—0,4 см (при дистрофической форме) или воспаление и разрыхление края десен с образованием глубоких (0,2—0,4 см) десневых карманов с гнойным содержимым (при воспалительно-дистрофической форме); рентгенологическим исследованием альвеолярного отростка отмечалось оголение корней за счет убыли костных краев лунок на половину длины корня зуба.

Среди заболеваний, напоминающих неполный травматический вывих при травме зубо-челюстной области, нами наблюдались 17 потерпевших, с пародонтозом первой (2 наблюдения) или чаще второй стадии (15 наблюдений). Подвижность зубов (обычно одного или нескольких) была обусловлена первой и в основном второй стадией пародонтоза, сопровождавшегося характерной клинической картиной и морфологическими изменениями пародонта, установленными рентгенологическими исследованиями.

Во всех наблюдаемых нами случаях потерпевшие предъявляли жалобы на подвижность зуба или даже нескольких зубов после травмы, иногда на боль. При осмотре обнаруживались свежие следы травмы нижней части лица (зубо-челюстной области). Клинических симптомов, а в ряде случаев при рентгенологических исследованиях, признаков неполного травматического вывиха не найдено. С другой стороны, при освидетельствовании и клиническом обследовании (включая рентгенологичес-

кое исследование) были установлены явные признаки предшествующих поражений опорного аппарата зубов (пародонтоза I—II стадии), что и объясняло нетравматическое происхождение обнаруженной после травмы подвижности зубов.

Для иллюстрации приведем следующее наблюдение.

Наблюдение 14. Гр-ка С., 41 год, 16.V.1965 г. в 21 час муж бил кулаками по лицу.

Освидетельствование 19.V.1965 г. Результаты освидетельствования. Жалобы на подвижность четырех зубов на верхней челюсти.

Объективно: на коже и соответственно на слизистой оболочке верхней и нижней губ по два кровоподтека размерами 1,8 × 1,3 и 1,2 × 0,8 см синего цвета с зеленоватым оттенком по периферии на коже и красного цвета на слизистой оболочке. Слизистая оболочка десен набухшая, синюшная. Соответственно резцам имеются патологические десневые карманы глубиной 0,1—0,2 см с гнойным содержанием. Зубы интактны, с оголенными шейками на 0,1—0,2 см и отложением зубного камня, резцы подвижны I степени.

19.V на рентгенограмме (рис. 17) обнаружена атрофия костной ткани межзубных перегородок в виде горизонтальной убыли на 1/4—1/3 длины корня.

Диагноз: пародонтоз I стадии воспалительно-дистрофическая форма.

З а к л ю ч е н и е: кровоподтеки губ относятся к легким телесным повреждениям. Подвижность зубов связана с предшествующим травме болезненным процессом зубного аппарата (пародонтоз I стадии, воспалительно-дистрофическая форма).

Полученные результаты и, в частности, приведенный случай свидетельствуют о необходимости этиологической диагностики подвижности отдельных зубов, которая обнаруживается у потерпевших после травмы зубо-челюстной области.

Относительно частая распространенность пародонтоза, особенно его начальных стадий, требует, по нашему мнению, во всех случаях обнаружения подвижности зубов после травмы дифференциальной диагностики происхождения этой подвижности. Следует иметь в виду возможность возникновения подвижности зуба не только из-за неполного травматического вывиха, но и наличия



Рис. 17. Пародонтоз I (рентгенограмма). Горизонтальная убыль костной ткани лунок на 1/4—1/3 длины корня. *Наблюдение 14.*

такой подвижности на почве предшествующего пародонтоза или пародонтопатии.

в) Периодонтиты после травмы

Периодонтит (периоцементит) представляет собой воспалительный процесс в периодонте; различают периодонтиты инфекционные и неинфекционные (причиной последних могут быть механические или химические факторы). Травматические периодонтиты возникают в результате одномоментной острой травмы или слабо выраженной, но продолжительно действующей микротравмы: аномалия прикуса, плохо смоделированная пломба, неправильно поставленный протез, неправильно изготовленная искусственная коронка и др. Причиной инфекционных периодонтитов являются микроорганизмы и их токсины, проникающие в периодонт через корневой канал или десневой карман.

По М. И. Грошикову и пр., по клиническому течению и картине различают острый (экссудативный) хроничес-

кий (пролиферативный) и хронически обострившийся периодонтит.

Для острого периодонтита характерно наличие резкой локализованной боли, усиливающейся при механической нагрузке на зуб, при обследовании — от легкого постукивания по больному зубу. Десна в области больного зуба гиперемирована, отечна; при диффузном поражении периодонта появляется подвижность зуба. Рентгенологически, по наблюдениям Е. Е. Платонова, изменения в кости челюстей у больных острым периодонтитом обнаруживаются только через сутки в виде нечеткости рисунка губчатого вещества. Продолжительность острого периодонтита различна: от 2—3 суток до 2 недель (М. И. Грошиков). Иногда при несвоевременном лечении и пониженной сопротивляемости организма могут возникнуть осложнения в виде периостита, остеомиелита челюсти, околочелюстных флегмон.

Наши наблюдения включают 5 случаев возникновения острых травматических периодонтитов. О двух наблюдениях уже говорилось—это случаи острых периодонтитов, которые присоединялись к неполным травматическим вывихам. О подобных осложнениях (неполных травматических вывихах) упоминает А. Ф. Рубежанский (129, 130). Как уже отмечалось, неполные травматические вывихи, осложнившиеся или неосложнившиеся периодонтитами, следует квалифицировать как повреждения легкие, повлекшие кратковременное расстройство здоровья.

У трех потерпевших после неоднократных ударов появились боли и подвижность зубов. При осмотре обнаружены повреждения в окружности рта и характерные признаки острого периодонтита. Анализ клинических симптомов и течения периодонтитов у этих потерпевших с учетом имевшегося у них до травмы пародонтоза II стадии позволяет квалифицировать происхождение периодонтитов как острых, связанных с травмой, а не с предшествующим пародонтозом.

Однако не во всех случаях обнаружения периодонтитов после травмы они могут быть квалифицированы как травматические. Возможны случаи обострения под влиянием травмы имевшихся до нее хронических периодонтитов, что отмечено и в наших наблюдениях.

Хронический периодонтит часто протекает бессимп-

томно и обнаруживается случайно при рентгенографическом исследовании зуба (М. И. Грошиков); в отдельных случаях наблюдается некоторая болезненность при надавливании на десну, при постукивании по зубу. При гранулирующем периодонтите у пораженного зуба может быть покраснение десны, в области верхушки корня зуба нередко обнаруживается десневой свищ с выделением гноя, иногда с грануляциями вокруг свища. Рентгенологически обнаруживается деформация периодонтальной щели (фиброзная форма), изменения верхушки корня зуба (гранулирующая форма).

Хронический периодонтит при гриппе, переохлаждении организма, под влиянием травмы и других неблагоприятных условиях может сопровождаться обострением воспалительного процесса (особенно гранулирующая форма). Клинически для хронического периодонтита в стадии обострения характерно сочетание патологии, описанной для той или иной формы хронического периодонтита, с патологическими, типичными для острой формы воспаления изменениями.

При изучении повреждений зубо-челюстной области без потери зубов обострения хронического периодонтита после травмы нами наблюдались у двух потерпевших с предшествующими заболеваниями зубной системы. У одной потерпевшей до травмы был глубокий кариес (наблюдение 101), у другой — пародонтоз II—III стадии, при этом в последнем случае какие-либо повреждения в зубо-челюстной области отсутствовали.

Анализ клинической картины травмы и предшествующих заболеваний в этих случаях показал, что периодонтиты существовали до нанесения травмы, имели нетравматическое происхождение, т. е. связаны с указанными выше предшествующими заболеваниями. Это подтверждалось, в частности, результатами рентгенографических обследований — наличием деформации периодонтальной щели в виде расширения ее у верхушки корня зуба и очагов разжижения кости.

В обоих случаях обнаруженные после травмы периодонтиты нельзя считать ее последствиями. Поэтому судебно-медицинская оценка тяжести повреждений зависела от наличия наружных повреждений и их характера.

В наблюдении 101 отмечалась ушибленная рана верх-

ней губы, и повреждение было квалифицировано как легкое.

В наблюдении 102, кроме жалоб на боли в передних зубах, были установлены только предшествующие заболевания зубной системы и дано заключение, что при судебно-медицинском освидетельствовании телесных повреждений не найдено. Таким образом, основными формами повреждений зубной системы, не сопровождающихся потерей зуба, являются неполный травматический вывих зуба и острый травматический периодонтит. Эти повреждения относятся к категории легких, повлекших кратковременное расстройство здоровья, так как они вызывают расстройство здоровья (нетрудоспособность) на срок 1—1,5 недели, а при переходе острого периодонтита в хроническую форму — до 4 недель.

При судебно-медицинской экспертизе повреждений зубо-челюстной области (без потери зубов) у лиц с предшествующими заболеваниями зубной системы необходимо до квалификации тяжести обнаруженных расстройств, установить или исключить их травматическое происхождение. У таких лиц жалобы на связь расстройств с травмой и обнаружение наружных повреждений в зубо-челюстной области могут быть источником ошибочной судебно-медицинской оценки предшествующих заболеваний и дефектов как последствий травмы.

Имевшие место до травмы дефекты зубных рядов или отдельных зубов, пародонтоз, пародонтопатии могут быть сходными по клинической симптоматике (полное отсутствие зуба, отсутствие коронки или ее части, подвижность зуба, жалобы на боль при жевании и т. д.) с травматической экстракцией зуба, его переломом, полным или неполным травматическим вывихом, острым травматическим периодонтитом.

При отсутствии зуба на почве его давней экстракции в области отсутствующего зуба не бывает свежих повреждений мягких тканей, а рентгенологически обнаруживается частичная или даже полная оссификация костной лунки. В отличие от давней экстракции зуба при свежей обнаруживаются повреждения мягких тканей в области потерянного зуба, а рентгенологически — свободная глубокая лунка в месте отсутствующего зуба.

При дефектах коронки или ее полном разрушении на почве глубокого кариеса зуба обнаруживается полость с

шероховатой поверхностью и пигментацией стенок, а рентгенологически при осложненных формах часто наблюдается воспалительная гранулема в области верхушки корня пораженного зуба. В отличие от давних разрушений коронки зуба или ее части при свежих травматических переломах поверхность отлома имеет белый цвет, а при обнажении пульпы последняя бывает ярко-красного цвета, влажная, сочная, часто кровоточит.

При пародонтозе рентгенологически обнаруживается атрофия (убыль) костных краев лунок — от едва уловимой до убыли на 1/2 и более длины корня. При II и III стадиях пародонтоза имеются и другие клинические симптомы: при дистрофической форме — атрофия и бледность десен с обнажением корня на 2—3 мм, при воспалительно-дистрофической форме — разрыхление краев десен и образование глубоких зубодесневых карманов с гнойным содержимым (альвеолярная пиорея).

В отличие от начальных форм предшествующих поражений пародонта (диффузных или локальных) при полном или неполном травматических вывихах зуба отмечаются соответствующие клинические и рентгенологические симптомы, которые свидетельствуют о травматическом смещении (в разных направлениях и в различной степени) корня поврежденного зуба.

VI. Недостатки экспертизы повреждений при наличии заболеваний зубной системы до травмы

Недостатки экспертизы повреждений с имевшими место заболеваниями зубной системы объясняются в основном недостаточным обследованием потерпевших и особенно недооценкой роли предшествующих заболеваний в механизме и исходе травмы. Ошибки допускаются на различных этапах экспертизы. Иногда уже в начале освидетельствования врач-эксперт допускает ошибки при выявлении анамнестических данных. Часто эксперты совершенно не обращают внимания на анамнез и не отражают его в деле. Бывают случаи, когда в анамнезе имеются указания на наличие до травмы тех или иных дефектов зубной системы и одновременно предъявляются жалобы на подвижность зубов или даже их потерю. Тем не менее эксперты ограничиваются лишь описанием видимых объективных признаков травмы (ссадины, кровоподтеки и т. д.) без глубокого клинического динамического обследования. Иллюстрацией может служить следующий пример.

Гр-ка С. 31 года, 13.IX.1964 г., днем на улице ей был нанесен удар кулаком по нижней части лица.

При освидетельствовании 17.IX.1964 г. предъявила жалобы на потерю резца на верхней челюсти после нанесенной травмы. Одновременно сообщила, что до травмы зуб был больной.

Объективно экспертом было найдено: свежая ранка на месте отсутствующего первого верхнего резца слева. Однако без дополнительных рентгенологических исследований и без консультации со стоматологом эксперт пришел к следующему, по нашему мнению, необоснованному заключению о том, что «потеря зуба могла относиться к легким телесным повреждениям с незначительной стойкой утратой трудоспособности».

При экспертизе повреждений и потери зубов у лиц с предшествующими заболеваниями зубной системы боль-

шое значение имеет стоматологическое обследование потерпевшего, рабочий контакт между судебно-медицинским экспертом и консультантом-стоматологом. Практика показывает, что должного контакта нет даже тогда, когда потерпевшего направляют до составления заключения на стоматологическое обследование. Причины этого в том, что эксперты недостаточно знают клинику болезней зубной системы, а консультанты-стоматологи не знают задач и особенностей судебно-медицинского освидетельствования и ограничиваются лишь описанием признаков заболевания или даже постановкой общего нозологического диагноза заболевания, не указывая стадию и локализацию патологического процесса. Иногда судебно-медицинские эксперты не выясняют причин обнаруженных расстройств зубной системы и передают решение этих вопросов стоматологу.

Так, например, при освидетельствовании гр-на М., 33 лет, в Кишиневской судебно-медицинской амбулатории, на третий день после травмы на слизистой оболочке нижней губы соответственно резцам обнаружены: кровоподтек и ссадина (0,5 × 0,5), подвижность III степени первых резцов на нижней челюсти, разрыхленность, отечность слизистой оболочки десен, их кровоточивость, обнаженность корней зубов и обильное отложение зубного камня.

При явных клинических симптомах пародонтоза стоматолог, не указывая его стадии, сообщил эксперту, что «пошатывание центральных резцов нижней челюсти связано с травмой». Эксперт, не выяснив причин подвижности резцов и не задав соответствующих вопросов стоматологу, без рентгенографического исследования альвеолярного отростка составил ошибочное заключение.

Необходимо подчеркнуть важное значение рентгенологического исследования для судебно-медицинской диагностики предшествующих заболеваний и дефектов зубной системы, для выяснения ее полноценности и ранимости. Рентгенограмма альвеолярного отростка, помимо диагностического, имеет доказательственное значение. Она является объективным документом, подтверждающим или исключающим травматическое происхождение обнаруженных после травмы расстройств зубной системы.

По нашему мнению, перед консультантом-стоматологом судебные медики должны ставить следующие во-

просы: какие болезненные изменения (нозологическая единица, стадия, форма, локализация) имеются у освидетельствованного и какова их давность? Имеются ли после травмы признаки ухудшения ранее существовавшего болезненного процесса? Могло ли это ухудшение предшествующего заболевания быть вызвано травмой и какие клинические симптомы свидетельствуют об этом?

Очень важно для установления причинной связи между повреждениями и имеющимися расстройствами зубной системы динамическое клиническое наблюдение, изучение медицинских документов (амбулаторной карты, истории болезни и др.), отражающих до травмы состояние зубной системы потерпевших. Однако следует отметить, что в этих документах не всегда можно найти соответствующие данные. Записи в амбулаторных картах очень краткие и неполные, что не всегда позволяет сделать определенные выводы. Как стоматологами, так и судебно-медицинскими экспертами не всегда отражается в медицинских документах зубная формула, которая позволяет в той или иной степени судить о состоянии зубной системы и вызывает иногда необходимость более детального обследования.

Следует подчеркнуть, что ошибки могут быть допущены при экспертизе повреждений отдельных зубов, пораженных кариесом, или после трепанации и пломбировки пульповой камеры (в том числе зубов, покрытых металлическими коронками) при здоровых остальных зубах. В таких случаях в результате обнаружения ссадин, кровоподтеков на губах, деснах на месте отсутствующего зуба создается ложное мнение о потере здорового зуба.

При оценке степени тяжести повреждений и потере зубов среди других известных факторов эксперт обязан учитывать «индивидуальные свойства организма». При этом имеется в виду установление последствий повреждения для здоровья потерпевшего, закономерно обусловленных самим характером нанесенного повреждения. Поэтому необычно тяжелый исход повреждения по причине заболеваний, предшествующих травме и отягчающих ее исход, и другие последствия, не связанные с характером нанесенного повреждения, не учитываются при определении степени тяжести телесных повреждений.

Недооценка роли предшествующих заболеваний в течении и исходе травмы приводит к существенным ошиб-

кам при оценке их тяжести. Приводим пример.

Гр-н К. 38 лет. 3.II.1960 г. вечером на улице ему было нанесено несколько ударов кулаком по нижней части лица. Стоматологом участковой больницы отмечена подвижность $\frac{21}{74}\Big|\frac{123}{123}$ зубов, «на губах раны». В тот же день стоматологом были удалены $\underline{|\ 123}$ зубы, при этом он указал, что «остальные тоже постепенно придется удалить».

При освидетельствовании в Кишиневской судебно-медицинской амбулатории на 8-й день после травмы потерпевший предъявил жалобы на подвижность и боли в передних зубах на верхней и нижней челюсти. Объективно экспертом найдено: ссадины на коже верхней и нижней губ, зубная формула $\frac{-321}{-7\ \ 4321}\Big|\frac{-8}{123\ -\ 8}$ зубы подвижны в различной степени, десны изъязвлены. Указано состояние лунок $\underline{|\ 123}$ зубов после свежей экстракции. На основании вышеизложенного эксперт пришел к заключению, что в результате травмы были расшатаны зубы на нижней и верхней челюстях и 3 из них удалены. Так как, «кроме этих зубов, остальные отсутствуют и гр-н К. лишился возможности жевать пищу», повреждения относятся к категории тяжких, «повлекших потерю жевательной функции».

Материалы данной экспертизы были пересмотрены 18.II.1960 г. комиссией при участии ассистента кафедры судебной медицины института. Комиссией дополнительно установлено: пародонтоз III стадии воспалительно-дистрофической формы.

З а к л ю ч е н и е. Ссадины губ относятся к легким телесным повреждениям. Потеря двух резцов и одного клыка после легкой травмы связана с наличием заболевания зубной системы до травмы.

Таким образом, изучение материалов по судебно-медицинской экспертизе повреждений у лиц с предшествующими заболеваниями зубной системы позволяет выявить недостатки экспертизы при диагностике повреждений и заболеваний и оценке тяжести повреждений у потерпевших. Анализ этих недостатков, выявление их причин обеспечивает предупреждение врачебно-экспертных, а следовательно, и судебных ошибок при рассмотрении дел о нанесении телесных повреждений.

Заключение

При определении тяжести повреждений руководствуются общими экспертными критериями, которые предусмотрены в диспозициях статей уголовных кодексов (УК) и в «Правилах по определению тяжести телесных повреждений», изданных в союзных республиках нашей страны. Применение общих принципов законодательства при оценке телесных повреждений требует учета конкретных показателей, характеризующих особенности течения и исхода повреждений той или иной локализации.

За последние годы ряд диссертаций и статей посвящены судебно-медицинской экспертизе тяжести телесных повреждений различных систем и органов, в том числе повреждений головы, лица, органов зрения, слуха, зубной системы (Ю. Л. Мельников, Н. П. Пырлина, П. Г. Арешев, А. П. Громов, А. Ф. Рубежанский и др.). Однако опубликованные в литературе данные еще не обеспечивают решения многих вопросов, возникающих в практике судебно-медицинской экспертизы повреждений, в частности вопросов диагностики и оценки тяжести повреждений у лиц с предшествующими травме заболеваниями и дефектами.

В судебно-медицинской литературе авторы (П. Г. Арешев, М. Марков, А. Ритучи и др.) обращают внимание на то, что при наличии предшествующих заболеваний течение и исход телесных повреждений может быть более тяжелым, чем у здоровых до травмы людей. Этот вопрос получил некоторое освещение в «Правилах» к УК отдельных союзных республик. Здесь было отмечено, что последствия травмы могут как бы суммироваться с имевшимися предшествующими дефектами здоровья (РСФСР, Таджикская ССР, Туркменская ССР, Литовская ССР),

что более тяжелый исход травмы из-за наличия предшествующих заболеваний не должен увеличивать степень тяжести повреждения (Молдавская ССР, Таджикская ССР). В «Правилах» к УК Азербайджанской, Армянской, Белорусской, Грузинской, Казахской, Киргизской, Таджикской, Латвийской и Эстонской республик указываются критерии к оценке тяжести травматической потери зубов в отношении только так называемых полноценных зубов.

Своеобразие механизма возникновения повреждений, особенности их течения и исходов у лиц с предшествующими заболеваниями, а также отсутствие специальных работ об экспертизе повреждений у таких лиц побудили нас определить удельный вес и провести нозологическую характеристику предшествующих заболеваний при экспертизе тяжести телесных повреждений, а также разработать экспертные критерии к оценке повреждений и потере зубов у лиц с предшествующими заболеваниями зубной системы. Разработка судебно-медицинских критериев к оценке тяжести повреждений при наличии заболеваний зубной системы до травмы проведена нами применительно к диспозициям УК РСФСР, Молдавской ССР и большинства других союзных республик.

Заболевания и дефекты здоровья, предшествующие травме, не являются исключительной редкостью в практике экспертизы тяжести повреждений. По нашим данным, предшествующие заболевания наблюдаются примерно у 4% освидетельствованных по поводу телесных повреждений и в половине случаев повторных (комиссионных) экспертиз в связи с определением тяжести несмертельных повреждений. Заболевания, предшествующие травме, наблюдаются у лиц различных возрастов. Как это обычно бывает при экспертизе тяжести телесных повреждений, наибольшее количество потерпевших относится к молодому и среднему возрастам. В отличие от обычного контингента освидетельствуемых по поводу телесных повреждений среди потерпевших с предшествующими заболеваниями более половины составляют мужчины. При экспертизе тяжести повреждений удельный вес предшествующих заболеваний различных органов и систем неодинаков. Первое место занимают предшествующие заболевания нервной системы (34%), второе — заболевания и дефекты зубной системы (20%).

7*

затем заболевания ЛОР-органов, органов зрения, далее заболевания органов дыхания, костей и суставов, гинекологические заболевания и др.

В судебной медицине наибольшее практическое значение имеют случаи, когда место приложения травматического воздействия, локализация повреждения совпадают с преимущественной локализацией предшествующего заболевания и дефекта — например, травма зубов, органа слуха, зрения и т. д. при заболеваниях или аномалиях развития этих органов. Так, анализ локализации травмы, жалоб после ее нанесения и преимущественной локализации предшествующего патологического процесса показывает, что в 65% случаев жалобы потерпевших совпадают с локализацией травмы и предшествующих патологических процессов. Экспертиза тяжести телесных повреждений в таких случаях вызывает трудности при установлении механизма возникновения повреждений, их течения и исхода. Судебно-медицинская экспертиза телесных повреждений у лиц с предшествующими заболеваниями имеет особенности, связанные с необходимостью диагностики факта существования заболевания до травмы или дефекта здоровья, нозологической диагностики предшествующего заболевания, определение его стадии (степени) и преимущественной локализации патологического процесса.

При экспертизе тяжести повреждений зубов и зубочелюстной области устновлено, что предшествующие заболевания зубной системы составляют 40,5%. Среди них в половине случаев наблюдается пародонтоз, реже — дефекты зубных рядов и в одной трети случаев — заболевания и дефекты отдельных зубов (главным образом кариозная болезнь). При травмах зубо-челюстной области у лиц с предшествующими заболеваниями зубной системы, как правило, обнаруживаются следы недавних наружных повреждений губ, щек, десен и прочих локализаций; повреждения зубов (одного, двух, трех) чаще относятся к зубам верхней челюсти, реже — нижней; более половины случаев составляют повреждения резцов. Локализация поврежденных зубов, их число и место в зубном ряду совпадают с данными А. Ф. Рубежанского о травмах зубов без предшествующих заболеваний зубной системы.

Анализ предшествующих заболеваний и дефектов

зубной системы показывает разнообразие нозологических форм болезней зубов и пародонта, их локализации, распространенности, стадий и степени развития.

Пародонтоз. Возраст освидетельствованных — от 24 до 66 лет (главным образом 35—56 лет). Чаще наблюдаются воспалительно-дистрофические формы заболевания, реже — дистрофические. Выявляются различные стадии пародонтоза — первая, особенно вторая и третья стадии. При первой и второй стадиях пародонтоза функциональной недостаточности пародонта не наблюдается. Функциональная недостаточность пародонта наблюдается при переходе пародонтоза от второй стадии к третьей и при большей степени поражения. Это выражается в пониженной выносливости по отношению к нагрузке и травматическим воздействиям — возможны полные вывихи зубов или экстракции под влиянием незначительных травматических воздействий и даже при физиологической нагрузке на зубную систему.

Дефекты зубных рядов. Возраст освидетельствованных — от 39 до 63 лет (главным образом 40—59 лет). В одних случаях дефекты зубных рядов бывают без наличия протезов, в других — частично или полностью возмещены протезами (мостовидными, иногда консольными). У большинства потерпевших с дефектами зубных рядов до травмы имеются локальные поражения пародонта — пародонтопатия, сопровождаемая значительной подвижностью пораженных зубов (соответственно 3 стадии пародонтоза). У потерпевших, не имеющих протезов, причиной пародонтопатии является отсутствие зубов-антагонистов или соседних зубов; при наличии протезов часто наблюдается пародонтопатия опорных зубов-носителей несъемных протезов. Тем самым при дефектах зубных рядов (с протезами или без них) до травмы в области многих оставшихся зубов часто имеется пониженная выносливость пародонта, по характеру и степени сходная с предшествующим пародонтозом третьей стадии.

Кариес и другие заболевания зубов. Предшествующие заболевания и дефекты твердых тканей отдельных зубов наблюдаются на почве кариеса (глубокого, поверхностного), реже вследствие давней трепанации и пломбировки пульповой камеры или локальной стертости зуба (до канала). При значительных де-

фектах твердых тканей зуба (глубокий кариес, состояние после пломбировки депульпированного зуба) имеет место понижение выносливости, прочности этих зубов — возможны переломы зуба в месте патологического процесса под влиянием незначительных травм и даже при физиологической нагрузке. Однако указанные предшествующие дефекты не способствуют возникновению травматических экстракций или полных травматических вывихов.

При оценке потери зубов после травмы у лиц с предшествующими заболеваниями зубов системы необходимо определить, какую роль в этом играли нанесенная травма и предшествующее заболевание. Поэтому оценку тяжести повреждений в таких случаях следует проводить одновременно с установлением происхождения и механизмов потери зуба (или зубов) после травмы.

Полученные результаты показывают, что, несмотря на разнообразие формы повреждений, вызывающих потерю зуба, и разнообразие нозологических форм и стадий предшествующих заболеваний, в судебно-медицинском отношении следует различать две категории потери зубов после травмы. В одних случаях у лиц с предшествующими заболеваниями зубной системы ведущую роль в наступлении потери зуба играет травматическое воздействие; тогда, несмотря на наличие заболевания до травмы, следует говорить о потере «полноценного» зуба (или зубов). В других — потеря зубов связана главным образом с предшествующим патологическим процессом, а не с травмой; тогда потерянные зубы не могут быть квалифицированы в качестве «полноценных» до нанесения травмы. Следовательно, у лиц с предшествующими заболеваниями зубной системы экспертная диагностика полноценности или неполноценности потерянного зуба должна быть основана на сопоставлении характера и локализации травмы зубо-челюстной области с характером, стадией и преимущественной локализацией предшествующего заболевания. Следует подчеркнуть, что наличие заболеваний или дефектов зубной системы до травмы само по себе еще не свидетельствует о неполноценности потерянных зубов.

К травматической потере полноценных зубов относится не только потеря здоровых до травмы зубов, но и потеря зубов в результате травматической экстракции или

полного травматического вывиха при наличии пародонтоза I—II стадии или кариеса потерянных зубов. Как «потеря полноценного зуба», должны быть квалифицированы и случаи перелома зуба при наличии пародонтоза I—II стадии, переломы опорных зубов-носителей протеза при дефектах зубных рядов.

К потере неполноценных зубов относятся случаи экстракции после травмы при наличии пародонтоза III стадии или дефектах зубных рядов, сопровождающихся в той же степени локальными поражениями (пародонтопатия) опорного аппарата потерянных зубов, в том числе зубов-носителей протеза. Как «потеря неполноценного зуба», должны быть квалифицированы и случаи перелома зуба после травмы в месте глубокого кариеса или в месте дефекта после давней трепанации и пломбировки пульповой камеры.

При травмах зубо-челюстной области (без потери зубов) у лиц с предшествующими заболеваниями зубной системы во всех случаях необходимо до квалификации тяжести обнаруженных расстройств установить или исключить их травматическое происхождение.

При определении происхождения нарушений зубной системы (без потери зубов) после травмы необходимо иметь в виду, что наличие до травмы дефектов зубных рядов или отдельных зубов, пародонтоз, пародонтопатии по клинической симптоматике (полное отсутствие зуба, отсутствие коронки или ее части, подвижность зуба, жалобы на боль при жевании и т. д.) могут быть сходны с травматической экстракцией зуба, его переломом, полным или неполным травматическим вывихом и острым травматическим периодонтитом. Обнаруженные после травмы периодонтиты бывают различного происхождения. Возможны острые травматические периодонтиты, могущие присоединяться к неполным травматическим вывихам и травматические обострения хронических периодонтитов, имевшихся до травмы (на почве глубокого кариеса зуба, пародонтоза второй-третьей стадий).

Для судебно-медицинской экспертизы повреждений и потери зубов у лиц с предшествующими заболеваниями зубной системы, как и в других случаях экспертизы тяжести повреждений при наличии заболеваний до травмы, необходимо комплексное изучение характера нанесенных повреждений и предшествующих патологических процес-

сов. Нужно расспрашивать потерпевших и изучать документы медицинских учреждений (амбулаторий, поликлиник, больниц), где они обследовались и лечились до травмы. При наличии заболеваний зубной системы до травмы необходимо освидетельствование потерпевшего, как правило, совместно со стоматологом, а также учет ранее проведенных и проведение новых рентгенографических исследований альвеолярного отростка в области потери или повреждений зубов (для определения характера и объема повреждений, наличия и стадии пародонтоза или пародонтопатии, предшествующих травме).

Обобщенные итоги судебно-медицинской экспертизы повреждений и потери зубов у лиц с предшествующими заболеваниями зубной системы представлены в табл. 5.

Как видно из данных табл. 5, у лиц с предшествующими заболеваниями зубной системы потеря зубов после травмы в одной трети случаев (18 наблюдений) квалифицируется как потеря «полноценных» зубов, в 2/3 случаев (35 наблюдений) — как потеря «неполноценных» зубов. Большинство случаев потери полноценных зубов относится к лицам, имевшим до травмы пародонтоз I или II стадии. Потеря неполноценных зубов после травмы относится к случаям, когда до травмы был пародонтоз III стадии, соответствующие этой стадии пародонтопатии потерянных зубов (при дефектах зубных рядов),

Таблица 5

Судебно-медицинская оценка исходов травмы зубной системы при наличии ее предшествующих заболеваний

Оценка исходов травмы	Предшествующие заболевания и дефекты				
	пародонтоз и его стадии		дефекты зубных рядов	кариес и др. заболевания зубов	всего
	I, II	III			
Потеря полноценных зубов	13	—	1	4	18
Потеря неполноценных зубов	—	10	12	13	35
Повреждения зубов	6	—	—	—	6
Травмы зубо-челюстной области	17	22	12	6	57
Всего	36	32	25	23	116

а также глубокий кариес и др. С другой стороны, в половине наших наблюдений (57 случаев) после травмы зубочелюстной области без потери и повреждений зубов были предшествующие заболевания зубной системы, которые по клинической симптоматике сходны с травматическими поражениями и требовали соответствующей дифференциальной диагностики при определении происхождения расстройств обнаруженных после травмы.

ЛИТЕРАТУРА

1. АВДЕЕВ М. И. Курс судебной медицины. Юриздат, М., 1959.
2. АГАПОВ Н. И. Клиническая стоматология детского возраста. М., 1953.
3. АЛЕКСЕЕВА И. Г. Несмертельные бытовые повреждения по данным Кишиневской судебно-медицинской амбулатории. Тезисы докл. научн. студ. конф. КГМИ, Кишинев, 1964, 64—65.
4. АЛЕКСЕЕВ Н. С. Проблемы причинной связи в судебной экспертизе. Тезисы докл. XI конф. Ленинградск. отд. ВНОСМК, Л., 1961, 9—10.
5. АРЕШЕВ П. Г. Судебно-медицинская квалификация повреждений глаз и потери зрения. Автореф. канд. дисс., М., 1950.
6. АРЕШЕВ П. Г. Кровоизлияние в мозг и его оболочки. Кишинев, 1964.
7. АРЕШЕВ П. Г. Судебно-медицинская экспертиза связи расстройств здоровья с травмой. Тезисы докл. XI научной сессии Кишиневск. мед. ин-та, 1954, 108—109.
8. АРЕШЕВ П. Г. Судебно-медицинская диагностика травматических расстройств нервной системы. Сб. «Судебно-медицинские записки», вып. 1, МЗ МССР, 1955, 21—27.
9. АРЕШЕВ П. Г. Проблема взаимоотношений травмы и патологии в судебной медицине (сообщение 1). Сб. «Судебно-медицинские записки», вып. 3, МЗ МССР, 1960, 5—14.
10. АРЕШЕВ П. Г. Проблема взаимоотношений травм и патологии в судебной медицине (сообщение 2). Сб. «Судебно-медицинские записки», вып. 4, Кишинев, 1963, 4—13.
11. БЕТЕЛЬМАН А. И. Клиника съемного зубного протезирования. Пермь, 1946.
12. БЕТЕЛЬМАН А. И. Ортопедическая стоматология. М., 1965.
13. БИЛЕЙКИН Л. А. К терапии пародонтоза. «Стоматология», 1941, 3, 41—46.
14. БИЛЬДЮКЕВИЧ М. А. Распространенность пародонтоза и гингивита у людей различного возраста. Тез. докл. 3-го съезда врачей-стоматологов. Киев, 1962, 19—21. Тр. 3-го съезда стомат. Укр. ССР, Киев, 1964, 348—353.
15. БОКАРИУС Н. С. Судебная медицина для медиков и юристов. Харьков. 1930.
16. БОТЕЗАТУ Г. А. О частоте, характере и роли предшествующих заболеваний зубов при судебно-медицинской экспертизе

их повреждений. Тезисы и автореф. докл. 20 научн. сессии Кишиневского мед. ин-та, Кишинев, 1962, 95.
17. БОТЕЗАТУ Г. А. О судебно-медицинском значении предшествующих заболеваний при экспертизе тяжести телесных повреждений. Тезисы и автореф. докл. 20 научной сессии Кишиневск. мед. ин-та, Кишинев, 1962, 95—96.
18. БОТЕЗАТУ Г. А. К характеристике предшествующих заболеваний при экспертизе тяжести телесных повреждений. Сб. «Судебно-медицинские записки», вып. 4, Кишинев, 1963, 14—18.
19. БОТЕЗАТУ Г. А. О частоте, характере и роли предшествующих заболеваний ЛОР-органов при судебно-медицинской экспертизе их повреждений. Докл. 21 научн. сессии Кишиневск. мед. ин-та, Кишинев, 1963, 122.
20. БОТЕЗАТУ Г. А. К судебно-медицинской экспертизе глазной травмы у лиц с предшествующими заболеваниями и аномалиями зрительного аппарата. Докл. 22 научн. сессии Кишиневского мед. ин-та, Кишинев, 1964, 119—120.
21. БОТЕЗАТУ Г. А., МУТОЙ Г. Л. О частоте и характере предшествующих заболеваний нервной системы при судебно-медицинской экспертизе тяжести телесных повреждений. Докл. 23 научн. сессии Кишиневск. мед. ин-та, Кишинев, 1965, 149.
22. БОТЕЗАТУ Г. А. О судебно-медицинской оценке тяжести повреждений при наличии предшествующих заболеваний. Материалы IV конф. молодых ученых Молдавии (секция физиологии и медицины, сентябрь 1964), Кишинев, 1966, 111—113.
23. БОТЕЗАТУ Г. А. Предшествующие заболевания при судебно-медицинской экспертизе тяжести телесных повреждений. В кн.: Актуальные вопросы судебной медицины и криминалистики. Тр. Ленинградск. ГИДУВа, вып. 49, Л., 1966, 95—96.
24. БОТЕЗАТУ Г. А. Потеря полноценного зуба (зубов) как критерий тяжести телесных повреждений. Докл. 24 очередной научн. сессии Кишиневск. мед. ин-та, Кишинев, 1966, 122—123.
25. БОТЕЗАТУ Г. А. Судебно-медицинская экспертиза повреждений и потери зубов у лиц с предшествующими заболеваниями зубной системы. Докл. 24 очередной научн. сессии Кишиневск. мед. ин-та, Кишинев, 1966, 124—125.
26. БОТЕЗАТУ Г. А. Недостатки экспертизы повреждений при наличии до травмы заболеваний зубной системы. «Здравоохранение», Кишинев, 1967, 6, 56—58.
27. БУМ А. Учение о несчастных случаях (травматология). Спб, 1911.
28. БУСЫГИН А. Т. Различия изменения тканей амфодонта при функциональной перегрузке зубов и амфодонтоза. Сб. научн. тр. Ташкентск. мед. ин-та. Ташкент, 1961, 18, 432—437.
29. БУШАН Л. А. Частота поражения кариозной болезнью рабочих некоторых предприятий г. Кишинева. Докл. IV Республик. конф. стоматологов Молдавской ССР. Кишинев, 1963, 40.
30. ВАСИЛЬЕВ Г. А. Хирургия зубов и полости рта. М., 1963.
31. ВЕРЛОЦКИЙ А. Е. Удаление зубов и заживление экстракционной раны. М., 1950.

32. ВИЛЬГА Г. И. О зубах в судебно-медицинском отношении. Дисс., М., 1903.
33. ВИГДОРЧИК Н. А. Методика врачебно-трудовой экспертизы. Л., 1948.
34. ВИШНЯК Г. Н. К диагностике начальной стадии амфодонтоза. «Врачебное дело», 1957, 2, 195—198.
35. ВИШНЯК Г. Н. О диагностике начальной стадии амфодонтоза (пародонтоза). Автореф. канд. дисс., Киев, 1957.
36. ВИШНЯК Г. Н. Клинико-рентгенографическая картина начальной стадии пародонтоза. Проблемы стоматологии, Киев, 1958.
37. ВОЛКОВА Н. М. Судебно-медицинская оценка повторных переломов плеча. Сб. «Судебно-медицинские записки», вып. 3, МЗ МССР, 1960, 29—32.
38. ВОЛКОВА Н. М. Судебно-медицинская характеристика повреждений верхних конечностей и оценка их тяжести. Автореф. канд. дисс., Кишинев, 1961.
39. ВОЛКОВА Н. М. К судебно-медицинской оценке опасных для жизни повреждений. Сб. «Судебно-медицинские записки», вып. 1, Кишинев, 1955, 10—16.
40. ВЫРУБОВА А. А. К вопросу о сравнительной прочности зубов при нормальных и патологических условиях. М., 1892.
41. ГАБОВИЧ Р. Д., ОВРУЦКИЙ Г. Д. Фтор в профилактике кариеса зубов. Казань, 1964.
42. ГАМБУРГ А. М. К каузистике происхождения абсцессов мозга. Сб. «Судебн. экспертиза», Иваново, 1936, 131—134.
43. ГЕРНЕТ М. Н. и ТРАЙНИН А. Н. Уголовный кодекс (комментарий), М., 1927.
44. ГИЛЬМАН Л. А. и КИСЕЛЕВА М. М. О взаимосвязи между состоянием здоровья детей и множественным кариесом зубов. Тр. III республик. съезда стоматологов Украинской ССР. Киев. 1964. 42—46.
45. ГОЛОБРОДСКИЙ Г. Л. Судебно-медицинское и криминалистическое значение зубов человека и их следов. Канд. дисс., Харьков, 1950.
46. ГОЛОБРОДСКИЙ Г. Л. Судебно-медицинское и криминалистическое значение зубов человека и их следов. Автореф. канд. дисс., Харьков, 1951.
47. ГОЛОБРОДСКИЙ Г. Л. Судебно-медицинская оценка повреждений зубов. Сб. научн. работ по судебной медиц. и криминалистике, посвящ. Н. С. Бокариусу, Харьков, 1956, 84—89.
48. ГОЛЬДШТЕЙН С. Б. О классификации тяжести телесного повреждения и степени утраты трудоспособности у лиц с заболеваниями, предшествовавшими травме. Материалы 5 расширенной научной конференции, Киев, 1964, 28—31.
49. ГОФМАН Э. Р. Руководство по судебной медицине. Часть I, М., 1933.
50. ГРИГОРЬЕВА Л. П. Состояние зубо-челюстного аппарата у больных с некоторыми эндокринными расстройствами. Проблемы стоматологии, Киев, 1960, V, 398—404.
51. ГРОМОВ А. П. Судебно-медицинская оценка повреждений органа слуха. Дисс. канд., М., 1952.
52. ГРОМОВ С. А. Краткое изложение судебной медицины для

академического и практического употребления. СПБ, 1832.
53. ГРОШИКОВ М. И. Периодонтит. Клиника и медикаментозное лечение. М., 1964.
54. ГУТНЕР Я. И. и РЕВИДЦЕВА Р. Оперативная техника лечения кариеса зубов. М., 1937.
55. ГУТНЕР Я. И., ЕВДОКИМОВ А. И., РУБИН Л. и РЫВКИНД А. Кариес зуба, статья в БМЭ, том 12, М., 1959, 329—358.
56. ДЕРИНГАС Л. М. Характеристика повреждений, причиняемых кулаком. Сб. тр. научн. об-ва суд. мед. Литовской ССР, том 2, Каунас, 1965, 29—31.
57. ЕВДОКИМОВ А. И., ВАСИЛЬЕВ Г. А. Хирургическая стоматология. М., 1959.
58. ЕВДОКИМОВ А. И., РУБИН Л. Пародонтоз. Статья в БМЭ, том 23, М., 1961, 337—358.
59. ЕВДОКИМОВ А. И. Теоретическое и практическое значение некоторых спорных вопросов пародонтоза. Тр. 3-го съезда стоматологов Украинск. ССР, Киев, 1964, 195—199.
60. ЕДИБЕРИДЗЕ А. И. Распространение альвеолярной пиореи в Западной Грузии и связь ее с малярией. «Одонтология и стоматология», 1930, 4.
61. ЖОГИН Н. В. Выступление на IV Всесоюзной конф. судебных медиков в июле 1962 г.
62. ЗАГОРОДНИКОВ Н. И. Преступления против жизни. Юриздат, М., 1961.
63. ЗЕДГЕНИДЗЕ Г. А., ШИЛОВА-МЕХАНИК Р. С. Рентгенодиагностика заболеваний зубов и челюстей. М., 1962.
64. ИГНАТОВСКИЙ А. С. Судебная медицина, вып. 1, Юрьев. 1910.
65. ИНСТРУКЦИЯ о порядке врачебного освидетельствования страхователей, М., 1960.
66. КЕДРОВ П. И. Врачебная экспертиза. СПБ, 1911.
67. КИСЕЛЕВА М. М. и САФРОНОВА Н. П. Материалы к статистике кариеса у детей. Сб. Проблемы стоматологии, т. III, Киев, 1956.
68. КЛЕЙН Э. Г. Судебно-медицинская диагностика смерти от желудочной тетании. «Судебно-медицинская экспертиза», 1962, 1, 8.
69. КОДОЛА Н. А., УДОВИЦКАЯ Е. В. Клиника, диагностика и лечение кариеса. Киев, 1962.
70. КОММЕНТАРИИ к УК Молдавской ССР. Кишинев, 1964.
71. КРИНИЦКИЙ Я. М., ПЕТРОВ С. В. Кариес зубов у детей, больных костно-суставным туберкулезом. «Стоматология», 1961, 3, 26—28.
72. КРАТТЕР Ю. Руководство судебной медицины для врачей и студентов. М., 1926, часть I.
73. КУЗНЕЦОВА А. А. Отдаленные результаты протезирования после тяжелых повреждений зубо-челюстной системы. В кн.: Моск. мед. стомат. ин-та. Тезисы докл. научн. конф., М., 1955, 70—72.
74. КУЗНЕЦОВ В. Н., КАМИНСКИЙ А. М., ЛЕХТМАН А. И. и др. Заболеваемость кариесом и пародонтозом взрослого

городского населения. Тезисы докл. научн. сессии Одесск. научно-исслед. ин-та стоматол., Одесса, 1964, 42—43.
75. КУЛАЖЕНКО В. И. Пародонтоз и его лечение с применением вакуума. Одесса, 1960.
76. КУРЛЯНДСКИЙ В. Ю. Ортопедическое лечение альвеолярной пиореи и травматической артикуляции. М., 1956.
77. КУРЛЯНДСКИЙ В. Ю. Учебник ортопедической стоматологии. М., 1958.
78. КУРЛЯНДСКИЙ В. Ю. Диагностика пародонтоза и сходных с ним форм заболеваний. «Стоматология», 1961, 5, 20—24.
79. КУРЛЯНДСКИЙ В. Ю. Новые данные дифференциальной диагностики пародонтоза и сходных с ним болезней и значение при этом ортопедической терапии. Тр. 3-го съезда стоматологов Украинск. ССР, Киев, 1964, 271—276.
80. ЛАТЫШЕВА-РАБИН О. Г. Кариес зубов у детей при ревматизме. В кн.: Моск. мед. стоматол. ин-та. Тезисы докл. научн. конф., М., 1955, 36.
81. ЛЕМЕЦКАЯ Т. И. Изменения альвеолярного отростка в ранних стадиях альвеолярной пиореи. «Стоматология», 1960, 4, 13—18.
82. ЛЕМЕЦКАЯ Т. И. Рентгеноморфологическое изучение альвеолярного отростка в ранних стадиях альвеолярной пиореи. Автореф. канд. дисс., М., 1961.
83. ЛИНДЕНБАУМ Л. М. К патогенезу пародонтозов (так называемой альвеолярной пиореи). «Врачебное дело», 1933, 8, 535—542.
84. ЛУКОМСКИЙ И. Г. Терапевтическая стоматология. М., 1960.
85. ЛУКОМСКИЙ И. Г. Фтор в медицине. М., 1940.
86. ЛУКОМСКИЙ И. Г. Кариес зуба. М., 1948.
87. МАКСИМОВ П. И. К судебно-медицинской оценке связи травмы с наступлением смерти при повреждениях ног. Тезисы докл. 17 научн. сессии Кишиневск. мед. ин-та, Кишинев, 1959, 117—118.
88. МАКСИМОВ П. И. Судебно-медицинская характеристика и оценка тяжести повреждений нижних конечностей со смертельным исходом у лиц пожилого возраста. Тр. Кишиневск. мед. ин-та, т. 19 (Вопросы хирургич. гериатрии), Кишинев, 1963, 153—160.
89. МАКСИМОВ П. И. Судебно-медицинская характеристика некоторых повреждений нижних конечностей и оценка их тяжести. Автореф. канд. дисс., Кишинев, 1965.
90. МАТТЕЙ. Травматизм или заболевание. Флегмона зубного происхождения. ВОГ, С и ПМ. 1907, авг., 1276—1278.
91. МЕЛЬНИКОВ Ю. Л., УШАКОВ В. В. Клинические основы судебно-медицинской экспертизы при сотрясении мозга. М., 1964.
92. МИТРОФАНОВА К. Г. Воспалительные процессы полости рта в связи с несъемными и съемными протезами. «Медиц. мысль Узбекистана», 1927, 3—4, 140—143.
93. НИЖЕГОРОДЦЕВ К. А. Основы судебно-медицинской экспертизы. Томск, 1928.
94. НИКИФОРОВ А. С. Ответственность за телесные повреждения по советскому уголовному праву. М., 1959.

95. НОВИК И. О. Вопросы профилактики кариеса зубов и санации полости у детей. Киев, 1958.
96. НОВИК И. О. Пародонтоз (патогенез, клиника и лечение). Киев, 1964.
97. ОБОЛОНСКИЙ Н. А. Пособник при суд. мед. исследовании трупов и вещественных доказательств. СПБ, 1894.
98. ОЗЕРЯН И. З. и ШНОЛЬ Р. С. О частоте поражения населения пародонтозом. «Стоматология», 1940, 1.
99. ПИЛИПЕНКО Л. И. Препараты фтора в профилактике кариеса зубов в свете некоторых данных о механизме его действия. Автореф. канд. дисс., 1961.
100. ПИОНТКОВСКИЙ А. А., МЕНЬШАГИН В. Д. Курс советского уголовного права (особенная часть), том I, Юриздат, М., 1955.
101. ПЛАТОНОВ Е. Е. Проблема патогенеза, профилактики и терапии кариеса зубов. Тр. IV Всесоюзного съезда стоматологов. М., 1964, 128—132.
102. ПОПОВ К. Наличие эластических волокон в периодонте (перицементе), «Стоматология», 1961, 1.
103. ПОРКШЕЯН О. Х. Судебно-медицинская экспертиза по поводу значения травмы в происхождении саркомы. Сб. научн. раб., Саратов, 1961, 137
104. ПОРКШЕЯН Н. И. Смертельное кровотечение из кариозного зуба у гемофилика. Сб. по теории и практике судебной медицины. Тр. ГИДУВа вып. 29, Л., 1962, 111—112.
105. ПОСТАНОВЛЕНИЕ № 4 Пленума Верховного Суда СССР от 4 июня 1960 г.: О судебной практике по делам об умышленном убийстве. «Бюллетень Верховного Суда СССР», 1960, 4, 44—53.
106. ПРАВИЛА по определению степени тяжести телесных повреждений к УК Туркменской ССР. Ашхабад, 1962.
107. ПРАВИЛА по определению степени тяжести телесных повреждений, составленные в соответствии с УК Узбекской ССР. Ташкент, 1962.
108. ПРАВИЛА определения степени тяжести телесных повреждений к УК Литовской ССР. Вильнюс, 1962.
109. ПРАВИЛА по определению тяжести телесных повреждений у живых лиц судебно-медицинскими экспертами Эстонской ССР. Таллин, 1961.
110. ПРАВИЛА по определению степени тяжести телесных повреждений к УК Латвийской ССР, Рига, 1961.
111. ПРАВИЛА для составления заключения о тяжести телесных повреждений к УК Киргизской ССР. Фрунзе, 1961.
112. ПРАВИЛА по определению степени тяжести телесных повреждений к УК Азербайджанской ССР, Баку, 1961.
113. ПРАВИЛА для составления заключения о тяжести телесных повреждений к УК Армянской ССР. Ереван, 1961.
114. ПРАВИЛА по определению степени тяжести телесных повреждений к УК Белорусской ССР. Минск, 1961.
115. ПРАВИЛА для определения тяжести телесных повреждений к УК Украинской ССР. Киев, 1961.
116. ПРАВИЛА для составления заключения о тяжести телесных повреждений к УК Казахской ССР. Алма-Ата, 1960.

117. ПРАВИЛА определения степени тяжести телесных повреждений, предусмотренных Уголовным Кодексом РСФСР. «Сов. Юстиция», 1961, 13.
118. ПРАВИЛА для составления заключения о тяжести телесных повреждений к УК Грузинской ССР, 1960.
119. ПРАВИЛА по определению степени тяжести телесных повреждений к УК Молдавской ССР. Сб. «Судебно-медицинские записки», вып. 4, МЗ, МССР, 1963, 115—123.
120. ПРАВИЛА по определению степени тяжести телесных повреждений, предусмотренных УК Таджикской ССР, 1961.
121. ПРОЗОРОВСКИЙ В. И. и КАНТЕР Э. И. Сб. организационно-методических материалов по судмедэкспертизе. М., 1960, 217—221.
122. ПЫРЛИНА Н. П. Судебно-медицинская оценка повреждений лица. Автореф. канд. дисс., М., 1951.
123. ПЫРЛИНА Н. П. К вопросу об источниках экспертных ошибок при оценке тяжести повреждений челюстей и зубов. В кн.: Вопросы судебно-медиц. экспертизы. Юриздат, 1955, вып. 2, 133—140.
124. РАЙСКИЙ М. И. О телесных повреждениях в судебно-медицинском отношении (Судебная травматология). В кн.: «Основы судебной медицины», М., 1938, 171—310.
125. РАЙСКИЙ М. И. Судебная медицина. М., 1953.
126. РОЗАНОВ В. Н. Судмедосмотр живых лиц. В кн.: Поляков Н. Л. «Наставление для производства судебно-медицинской экспертизы (краткое руководство для врачей). Л., 1928, 70—91.
127. РУБЕЖАНСКИЙ А. Ф. Материалы к судебно-медицинской экспертизе переломов костей челюстно-лицевой области и повреждений зубов. Дисс., канд., Краснодар, 1960.
128. РУБЕЖАНСКИЙ А. Ф. К вопросу судебно-медицинской оценки тяжести повреждений зубов. Материалы 4-й конф. Киевского отделения ВНОСМК, Киев, 1959, 67—68.
129. РУБЕЖАНСКИЙ А. Ф. Рациональные критерии судебно-медицинской оценки переломов челюстно-лицевых костей и повреждений зубов применительно к правовым нормам уголовного Кодекса РСФСР, 1960, Тезисы докл. XI конф. Ленинградск. отд. ВНОСМК, Л., 1961, 308—311.
130. РУБЕЖАНСКИЙ А. Ф. Материалы к судебно-медицинской экспертизе переломов костей челюстно-лицевой области и повреждений зубов. Автореф. канд. дисс., Харьков, 1961.
131. РУБЕЖАНСКИЙ А. Ф. Судебно-медицинская оценка тяжести переломов челюстно-лицевых костей и повреждения зубов применительно к УК РСФСР, 1960, «Судебно-медицинская экспертиза», 1962, 2, 37—40.
132. РУСНАК Б. С. Содержание фтора в источниках питьевого водоснабжения Молдавии в связи с заболеванием флюорозом и кариесом. Докл. 22-й очер. научн. сессии Кишиневск. мед. ин-та, Кишинев, 1964, 20—21.
133. РУСНАК Б. С., БЕРГЕР И. И. Пораженность кариесом зубов в зависимости от дефицита фтора в питьевой воде. «Здравоохранение» (Кишинев), 1965, 5, 9—11.

134. СВАДКОВСКИЙ Б. С., ВОРОНОВА Н. В. Болезнь Пeджeтa в судебно-медицинской практике. В кн.: Вопр. травматологии, скоропост. смерти и деонтологии в эксперт. практике. М., 1963, 135—140.
135. СВРАКОВ Д. и АТАНАСОВА Е. Пародонтопатии (Этиология, клиника, лечение). София, 1962.
136. СМОЛЬЯНИНОВ В. М., ТАТИЕВ К. И., ЧЕРВАКОВ В. Ф. Судебная медицина. М.. 1963.
137. ТЕЛЬЧАРОВ Д. И. Поражаемость зубов кариесом у дошкольников г. Кишинева. 1963, 41—43. Доклады IV Республ. конф. стоматологов Молдавской ССР, Кишинев, 1963, 41—43.
138. ТРЕГУБОВ С. Л. Методика и практика судебно-медицинской экспертизы трудоспособности. М., 1960.
139. ТИМ К. Заболевания от несчастных случаев. Харьков, 1910 (т. 1), 1912 и 1915 (т. 2).
140. УШАКОВ И. В. Отдаленные результаты несъемного протезирования на основе анализа амфодонтограммы. В кн.: Моск. мед. стоматол. ин-та. Тезисы докл. научн. конф. М., 1955, 65—67.
141. ФАЛЬКОВА-КАЛИКО Е. А. Легкие закрытые травмы черепа и их последствия. Здравоохранение Казахстана», 1960, 8, 26—30.
142. ФЕТИСОВ Н. В., ПОКОТИЛО Е. Д. Значение комплекса витаминов В при амфодонтозе. Сб. тр. Киевского мед. ин-та, Киев, 1956.
143. ЦЕРЕТЕЛИ Т. В. Причинная связь в уголовном праве. Юриздат. М., 1963.
144. ШАРГОРОДСКИЙ М. Д. Преступления против жизни и здоровья. Юриздат, М., 1948.
145. ШАРПЕНАК А. Э. Роль пировиноградной кислоты и витамина B_1 в возникновении и предупреждении кариеса зубов. «Стоматология», 1958, 3.
146. ШАРПЕНАК А. Э., БОБЫЛЕВА В. Р., ГОРОЖАНКИНА Л. А., АЛЕКСАНДРОВА Е. В. Роль алементарного фактора в возникновении и профилактике кариеса зубов. «Стоматология», 1961, 4, 3—7.
147. ШАУЭНШТЕЙН А. Руководство к изучению судебной медицины для врачей и юристов. М., 1870.
148. ШТОЛЬЦ В. Руководство к изучению судебной медицины для юристов. СПБ, 1890.
149. ЭММЕРТ К. Руководство судебной медицины. СПБ, 1901.
150. ЭНТИН Д. А. Краткий учебник стоматологии. Л., 1954.
151. МАРКОВ М. А. Съедебная медичина. София, 1962.
152. AJIRO H. On the degree of swelling of the dentine of teeth and the time elapsed sinee death. «Jap. J. leg. Med.», 1960, 14, 4, 413—419.
153. BLACK G. V. Operative dentistry, L., 1955.
154. DZULYNSKI W. Orzecznictwo lekarskie wypadkowe w chorobach wewnnetrznych. Warszawa, 1953.
155. HAMMER. H. Forensische Fragen in der Zahnarztlichen Chirurgie. Deutsche Stom., 1956, H. 12, 753—754.

156. IAMADA H. Study on the occurence of post-mortem cracks in tooth Enamel. «Japan. J. leg. Med.», 1959, 13, 6, 948—962.
157. IVAN Nic. Curs de stomatologie medico-judiciară. Tip. Zorile, Cluj, 1951.
158. KAZIMIERZ D. Parodontopatie. Warszawa, 1960.
159. KERNABACH M. Medicina judiciară. Bucureşti, 1958.
160. KERNBACH M. Traumatologia cu aspectele ei de sănătate publică şi medico-judiciare considerată în lumina noilor progrese ale traumatologiei clinice, agresiologiei şi neurochirurgiei. Buletin documentar de medicină judiciară (uz intern), Bucureşti, 1961, N 1, 3—15.
161. KOMORI H. On the changes of the hard tissues of extracted human teeth under high temperature. «Japan. J. leg. Med.», 1960, 17, 5, 558—576.
162. MORARU I. Medicina legală. Bucureşti, 1967.
163. POPIELSKI B. Medycyna i prawo. Warszawa, 1963.
164. RITUCCI A. Sul giudizio medico-legale di indebolimento di organo nell'ambito applicativo dell'art. 583 C. P., «Minerva Med.-leg.», 1959, 79, 1—2, 42—59.
165. SIMONIN C. Mèdecine lègale judiciaire, 3 edition. Paris, 1955.
166. SCHRANZ D. Kritik der Auswertung der Altersbestimmungsmerkmale von Zahnen und Knochen. «Deutsche Ztschr. ges. gerichtl. Med.», 1959, 48, 4, 562—575.
167. SCRIPCARU Gh. Consideraţiuni pe marginea unui caz de leziuni cauzatoare de moarte. Buletin documentar de medicină judiciară (uz intern), Bucureşti, 1964, 4.
168. WERZ R. Forensisches bei Anwendung und Verschreibung von Arzneimitteln. Deutsche Stomat., 1956, H. 12, 755—756.

СОДЕРЖАНИЕ

Георгий Афанасьевич БОТЕЗАТУ


Судебно-медицинская экспертиза повреждений зубов при заболеваниях зубной системы

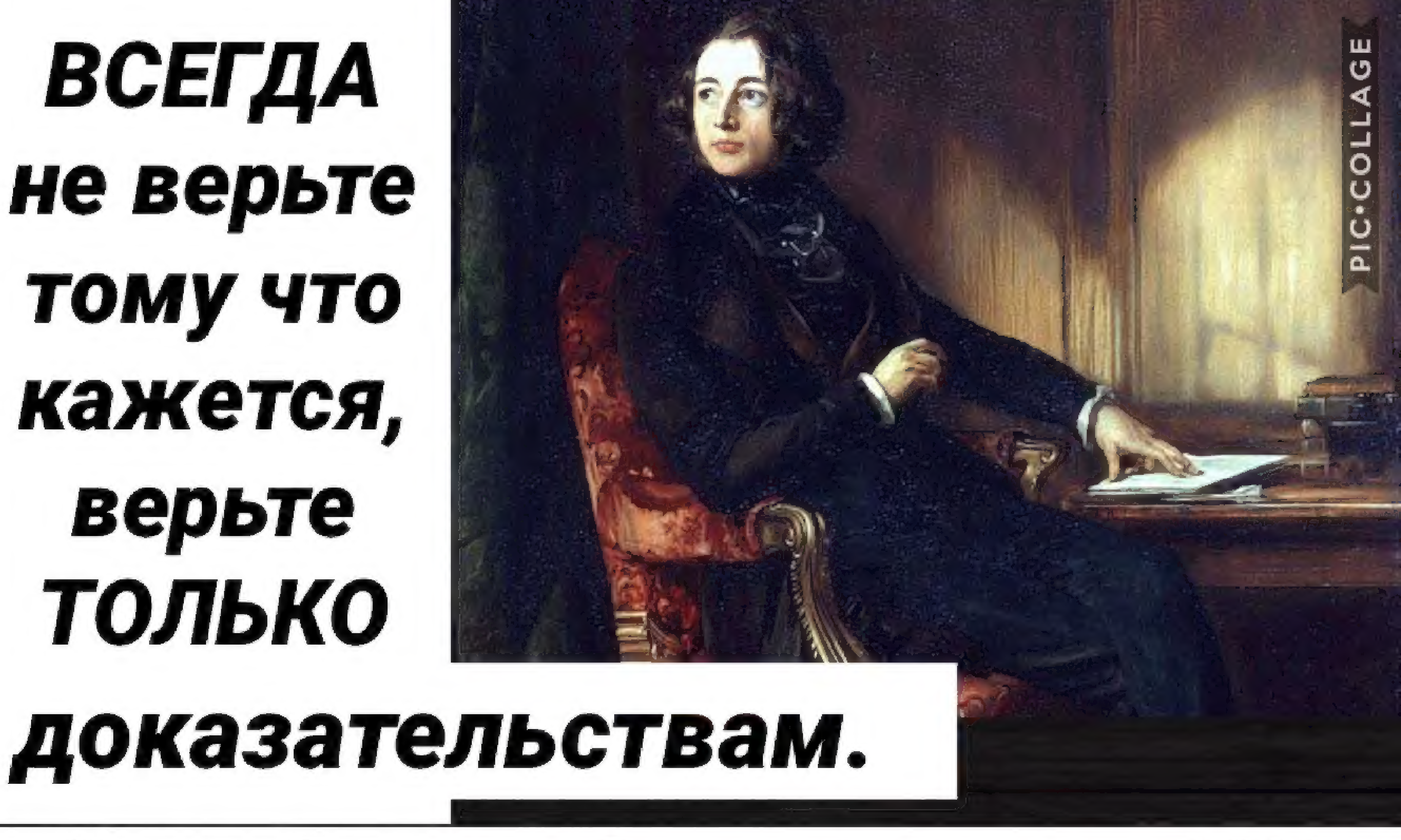
Редактор *Е. Щетинина.* Художественный редактор *Л. Кирьяк.* Технический редактор *Л. Моргунова.* Корректоры *Е. Лозовая, В. Попова.* Фото *С. Бронштейн.*

Сдано в набор 29/VI 1970 г. Подписано к печати 14/IX 1970 г. АБ10065. Формат 84×108 1/32. Печатных листов 6,09. Уч. изд-листов 5,96. Тираж 1500. Цена 38 коп. Зак. № 599.

Издательство «Картя Молдовеняскэ»
Кишинев, ул. Жуковского, 44.

Тип. АН МССР, ул. Берзарина, 10.


38 коп.



Чарльз Диккенс. «Большие надежды» 1861 г.

